ANGELA IONESCU

PSIHOTERAPIE
Noțiuni introductive
ediția a II-a

Universitatea SPIRU HARET

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
IONESCU ANGELA
Psihoterapie: noţiuni introductive / Angela Ionescu. Ed. a 2-a – Bucureşti. Editura Fundaţiei *România de Mâine,* 2005
260p., 20,5 cm.
Bibliogr.
ISBN 973-725-435-X

159.962(075.8)
615.851(075.8)

© Editura Fundaţiei *România de Mâine*, 2006

Redactor: Octavian CHEŢAN
Tehnoredactor: Vasilichia IONESCU
Coperta: Stan BARON

Bun de tipar: 19.12.2005; Coli tipar: 16,25
Format: 16/61 x 86

Editura şi Tipografia Fundaţiei *România de Mâine*
Splaiul Independenţei nr.313, Bucureşti, Sector 6, O.P. 83
Tel./Fax: 316.97.90; www.spiruharet.ro
e-mail: contact@edituraromaniademaine.ro

Universitatea SPIRU HARET

UNIVERSITATEA *SPIRU HARET*
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE-PSIHOLOGIE

Lector univ.drd. ANGELA IONESCU

PSIHOTERAPIE
Noțiuni introductive

ediția a II-a

EDITURA FUNDAȚIEI *ROMÂNIA DE MÂINE*
BUCUREŞTI, 2006

Universitatea SPIRU HARET

CUPRINS

I. CARACTERIZARE GENERALĂ
A DOMENIULUI PSIHOTERAPIEI 9
I.1. Definirea domeniului psihoterapiei 9
I.2. Distincţia dintre asistenţa psihoterapeutică de specialitate şi sprijinul afectiv necalificat 11
I.3. Distincţia dintre psihoterapie şi consiliere psihologică 12
I.4. Categoriile profesionale abilitate pentru a practica psihoterapia 13
I.5. Principii etice şi deontologice ale profesiei de psihoterapeut .. 15
I.6. Obiectivele psihoterapiei 18
I.7. Evaluarea în psihoterapie 19
Rezumat 22
Concepte-cheie 23
Extinderi 25
– Codul deontologic al sindicatului naţional francez al practicienilor în psihoterapie..... 25
– Codul etic al Federaţiei Române de Psihoterapie - proiect 29
Întrebări pentru cursanţi 32
Bibliografie 32

II. FACTORII CARE INTERVIN ÎN DERULAREA PROCESULUI PSIHOTERAPEUTIC 33
II.1. Elemente comune care caracterizează desfăşurarea procesului psihoterapeutic 33
II.1.1. Relaţia stabilită între psihoterapeut şi client 33
II.1.2. Cadrul terapeutic şi atmosfera de eveniment a şedinţelor psihoterapeutice 34
II.1.3. Dorinţa de schimbare a pacientului 35
II.1.4. Asumarea de către pacient a responsabilităţii pentru propria existenţă 36
II.1.5. Descărcarea emoţională (catharsis) 36
II.1.6. Producerea insiqht-urilor 37

Universitatea SPIRU HARET

II.2. Compatibilitatea terapeut-client 38
II.3. Adaptarea tipului de abordare psihoterapeutică la problematica clientului 40
II.4. Influenţele socio-culturale asupra reuşitei psihoterapiei 42
II.5. Importanţa mediului familial de proveniență al pacientului în desfăşurarea procesului terapeutic 43
II.6. Calităţile psihoterapeutului eficient 44
II.7. Categoriile de probleme cu care se confruntă psihoterapia ... 46
Rezumat 53
Concepte-cheie 55
Extinderi 57
– Cunoaşterea şi respectarea propriilor limite – calitate esenţială a psihoterapeutului eficient 57
Întrebări pentru cursanţi 60
Bibliografie 60

III. DEMERS ISTORIC ASUPRA ORIGINILOR ŞI PRIMELOR INTERVENŢII ÎN SCOP PSIHOTERAPEUTIC 61
III.1. Preocupările pentru starea de sănătate mentală şi primele forme de intervenţie terapeutică 61
III.2. Terapiile primitive-tradiţionale 62
III.3. Contribuţia lui Hippocrat şi Galenus la înţelegerea unităţii indisolubile dintre fizic şi psihic 65
III.4. Epoca medievală 66
III.5. Primele încercări de tratare sistematică a bolnavilor psihici 67
III.6. Hipnoza şi tehnicile sugestive ca modalităţi iniţiale de intervenţie psihoterapeutică 68
III.7. Secolul XX şi afirmarea ştiinţifică a psihoterapiei 70
III.8. Sigmund Freud şi psihanaliza 72
III.9. Orientarea analitică (dinamică) în psihoterapie 74
III.10. Orientarea comportamentală – o reacţie faţă de psihoterapiile dinamice 76
III.11. Constituirea şi dezvoltarea orientării umanist-experienţialiste 77
III.12. Psihoterapeuţii cu formare eclectică 79
Rezumat 80
Concepte-cheie 84
Extinderi 87
– Concluzii posibile asupra specificului psihoterapiei 87
– Tulburările psihice şi psihoterapia secolului XXI 90
– Scurt istoric al psihoterapiei în România 94
Întrebări pentru cursanţi 97
Bibliografie 98

Universitatea SPIRU HARET

IV. ORIENTAREA ANALITICĂ (DINAMICĂ) ÎN PSIHOTERAPIE 99
IV.1. Psihanaliza clasică freudiană 99
IV.1.1. Fundamentare teoretică 99
IV.1.2. Tehnicile specifice psihanalizei clasice 106
IV.2. Analiza jungiană 112
IV.2.1. Fundamentare teoretică 112
IV.2.2. Tehnici jungiene de interpretare a simbolurilor 115
IV.3. Alte terapii de orientare dinamică 117
IV.3.1. Psihologia individuală a lui Alfred Adler 117
IV.3.2. Melanie Klein şi teoria relațiilor obiectuale 119
IV.3.3. Modificări sub aspect metodologic 121
Rezumat 121
Concepte-cheie 123
Extinderi 128
– Mecanismele de apărare 128
– Complexul Oedip 134
– Dinamica psihică în concepția jungiană 136
Întrebări pentru cursanți 140
Bibliografie 141

V. ORIENTAREA COMPORTAMENTALĂ ÎN PSIHOTERAPIE 142
V.1. Psihoterapia comportamentală 142
V.1.1. Fundamentare teoretică 142
V.1.2. Tehnici specifice psihoterapiei comportamentale 145
V.2. Psihoterapiile cognitiv-comportamentale 151
V.2.1. Fundamentare teoretică 151
V.2.2.Tehnici specifice terapiei cognitiv-comportamentale 155
V.3. Terapiile sugestive. Hipnoterapia 158
V.3.1. Sugestie şi sugestibilitate 158
V.3.2. Meditație, relaxarea şi hipnoza 161
V.3.3. Hipnoterapia 165
Rezumat 171
Concepte-cheie 173
Extinderi 177
– Psihoterapia prin intervenție paradoxală 177
– Sisteme de relaxare: relaxarea analitică (Jacobson), antrenamentul autogen (Schultz) 180
Întrebări pentru cursanți 183
Bibliografie 183

Universitatea SPIRU HARET

VI. ORIENTAREA UMANIST- EXPERIENȚIALISTĂ
ÎN PSIHOTERAPIE 184
VI.1. Specificul orientării umanist-experiențialiste 184
VI.2. Psihoterapia centrată pe client (Carl Rogers) 186
VI.2.1. Fundamentare teoretică 186
VI.2.2. Relația terapeutică rogersiană şi tehnici utilizate în terapia centrată pe client 189
VI.3. Psihodrama clasică moreniană 193
VI.3.1. Fundamentare teoretică 193
VI.3.2. Instrumente metodologice şi tehnici psihodramatice 196
VI.4. Psihoterapia existențială 203
VI.4.1. Fundamentare teoretică 203
VI.4.2. Preocupările ultime ale existenței – concept central al psihoterapiei existențiale în concepția lui Irvin Yalom 205
Rezumat 210
Concepte-cheie 213
Extinderi 217
– Analiza tranzacțională (Eric Berne) 217
– Întâlnire cu psihodrama clasică 224
Întrebări pentru cursanți 228
Bibliografie 229

VII. PSIHOTERAPIA DE GRUP – O COMPLETARE VIABILĂ
A PSIHOTERAPIEI INDIVIDUALE 230
VII.1. Caracteristicile terapiei de grup 230
VII.2. Două exemple de abordare psihoterapeutică de grup 232
VII.2.1. Grupul de întâlnire (psihoterapia centrată pe grup) 232
VII.2.2. Gestaltterapia 233
VII.3. Terapia de familie şi terapia de cuplu 234
VII.4. Echipa terapeutică 236
Rezumat 237
Concepte-cheie 239
Extinderi 241
– Maniera experiențială de lucru cu grupuri de dezvoltare personală 241
Întrebări pentru cursanți 257
Bibliografie 257

BIBLIOGRAFIE GENERALĂ 259

Universitatea SPIRU HARET

I. CARACTERIZARE GENERALĂ A DOMENIULUI PSIHOTERAPIEI

I.1. Definirea domeniului psihoterapiei

Unul dintre domeniile de activitate care s-a dezvoltat spectaculos în ultimele decenii, mai ales în ţările dezvoltate, este cel al cercetării şi intervenţiei psihologice. Definiţia acestei profesii stabilită de Oficiul Internaţional al Muncii descrie psihologul ca cel care „studiază comportamentul uman, procesele mentale şi investighează, recomandând căi de soluţionare, probleme psihologice din domeniul medicinii, educaţiei şi industriei; concepe şi efectuează experimente şi observaţii asupra oamenilor şi animalelor pentru a măsura caracteristici mentale şi fizice; analizează efectele eredităţii, mediului sau altor factori asupra gândirii şi comportamentului indivizilor; desfăşoară activitate de diagnoză, terapie şi prevenire a tulburărilor emoţionale şi de personalitate, precum şi a fenomenelor de inadaptare la mediul social şi profesional; elaborează şi aplică teste pentru măsurarea inteligenţei, abilităţilor, aptitudinilor şi a altor caracteristici umane, interpretează datele obţinute şi face recomandările pe care le consideră necesare; se poate specializa în domenii aplicative particulare ale psihologiei cum sunt diagnoza şi tratamentul deficienţelor mentale, problemele specifice procesului educaţional şi al dezvoltării sociale a copiilor sau problemele psihologice de ordin industrial sau profesional cum sunt cele legate de selecţia şi orientarea profesională, antrenarea profesională.” *(International Standard Classification of Occupation,* 1969). Definiţia este largă şi încearcă să acopere direcţiile principale în care psihologia îşi dovedeşte utilitatea. Pe de altă parte, se accentuează în principal activitatea de cercetare şi de elaborare teoretică a psihologului (care studiază, investighează, concepe şi efectuează experimente şi observaţii, analizează efectele, elaborează şi aplică teste, interpretează datele şi face recomandări) şi se menţionează sumar activităţile de intervenţie practică, concretă care se pot desfăşura în diferite contexte (medical, educaţional, industrial, asistenţa deficienţilor mintali etc.). Această focalizare asupra funcţiilor investigative şi de teoretizare ale psihologului ni se pare firească pentru un domeniu nou apărut în rândul ştiinţelor şi care are ca preocupare iniţială circumscrierea domeniului său de studiu. Subiectul uman este însă de o complexitate şi de o

Universitatea SPIRU HARET

diversitate ce nu permite decât arareori utilizarea de metode de investigare obiective şi formularea de legi general valabile. Acesta credem că este unul dintre motivele principale pentru care, în ultimele decenii, scoaterea psihologului din bibliotecă şi din laborator şi intrarea sa în contact cu viaţa reală a „subiecţilor" săi a devenit o necesitate. Activitatea practică-aplicativă se dovedeşte o sursă de informaţii şi de date extrem de preţioase pentru elaborarea unei concepţii despre om şi, în acelaşi timp, răspunde nemijlocit cererii de asistenţă şi intervenţie psihologică.

Una dintre *ramurile aplicative ale psihologiei,* care s-a dezvoltat, alături de psihopatologie, la confluenţa dintre psihologie şi psihiatrie este *psihoterapia*. Iniţial, psihoterapia a fost concepută ca o modalitate de intervenţie terapeutică adresată bolnavilor psihici din clinicile şi secţiile de psihiatrie, complementară tratamentului medicamentos aplicat de medic. Evoluţia în secolul XX a acesteia a însemnat discernerea afecţiunilor psihice în care psihoterapia se dovedeşte eficientă, elaborarea de metodologii de intervenţie psihoterapeutică variate, formarea de psihoterapeuţi specializaţi şi, poate cel mai important, *extinderea intervenţiei psihoterapeutice şi în afara secţiilor de psihiatrie*. Actualmente, o direcţie importantă în progresul psihoterapiei constă în utilizarea sa în domeniul sănătăţii mentale ca modalitate de autocunoaştere, de optimizare personală şi de rezolvare a unor probleme personale sau relaţionale care nu au intensitate psihotică ori nevrotică (aşa încât putem vorbi despre o aşa-numită „psihoterapie a normalului").

Psihoterapia poate fi definită din cel puţin două *perspective*:

– ca o *relaţie interpersonală* între pacientul (clientul)[1] care suferă de o tulburare psihică în legătură cu care solicită ajutor şi terapeutul care posedă aptitudinile şi pregătirea necesare pentru a interveni psihote-

[1] Dat fiind faptul că psihoterapia era, la începuturile sale, o modalitate de intervenţie destinată bolnavilor psihici, termenul utilizat pentru desemnarea beneficiarului psihoterapiei era cel de *pacient.* Utilizarea acestui termen, preluat din medicină, este larg răspândită şi astăzi. Mai ales psihoterapeuţii de formaţie de bază medicală şi cei care lucrează în clinică folosesc acest mod de desemnare a celui asupra căruia se intervine psihoterapeutic. Carl Rogers este cel care în 1942, în lucrarea *Psihoterapia non-directivă,* propune înlocuirea termenului de pacient cu cel de client (ulterior sistemul său terapeutic se va numi „terapie centrată pe client"). Termenul de client desemnează convingerea că cel care apelează la psihoterapeut nu este „bolnav", ci se află într-o situaţie de impas, de blocaj a resurselor sale personale. De fapt, orice organism dispune de forţe naturale de autovindecare, iar terapeutul nu este un vindecător ci un catalizator care-l ajută pe pacient să-şi redescopere şi să-şi valorifice aceste resurse. Deoarece considerăm că această distincţie are în primul rând importanţă didactică , în lucrarea de faţă vom folosi ambii termeni cu valoare de sinonime.

rapeutic. Este o relație de îngrijire profund umană, de încredere, de respect reciproc, în care ambii participanți sunt motivați pentru reducerea suferinței pacientului prin interacțiuni conştiente, stabilite în urma unui acord terapeutic.

– ca *formă de tratament psihologic,* care presupune o acțiune psihologică sistematică, structurată, planificată, având la bază un sistem teoretic-conceptual bine pus la punct, aplicată deliberat de către un psihoterapeut calificat, asupra pacientului.

I.2. **Distincția dintre asistența psihoterapeutică de specialitate şi sprijinul afectiv necalificat**

În zilele noastre *psihoterapia* a devenit un domeniu care suscită un viu interes atât pentru tinerii care se gândesc la o viitoare profesie, cât şi pentru cei care vizează o reconversie profesională. Pe de altă parte, tot mai multe persoane care se simt derutate, nemulțumite, îngrijorate, care traversează o situație dramatică, se gândesc în zilele noastre să apeleze la un *psihoterapeut*. Această profesie atrăgătoare şi promițătoare atât pentru viitorul practician, cât şi pentru beneficiar, este încă puțin cunoscută în societatea noastră şi adeseori reprezentarea sa este viciată de prejudecăți şi idei eronate. Privită uneori cu speranță şi încredere ca un panaceu universal, alteori cu suspiciune şi teamă ca un mijloc de manipulare, percepută adeseori distorsionat din cauza noutății acestui domeniu şi a lipsei de informație, psihoterapia este în fapt una dintre ramurile psihologiei aplicative care a apărut ca răspuns la o serie de nevoi psihice specifice omului epocii noastre.

Din cauza lipsei de informare şi de popularizare a ofertei psihoterapeutice, de multe ori se pune semnul egalității între asistența psihoterapeutică specializată şi sprijinul afectiv oferit de un prieten, sfaturile doctorului care acompaniază asistența medicală sau îndrumarea religioasă oferită de preot. În toate aceste cazuri este vorba de problemele emoționale ale celui aflat în suferință, dar cărora li se răspunde diferit, în funcție de persoana la care apelează. Prietenul, medicul de diverse specialități, preotul sau alte persoane bineintenționate realizează un fel de consiliere empirică, de bun simț, care-l poate ajuta realmente, în unele momente, pe cel tulburat emoțional. Psihoterapia însă, ca demers ştiințific sistematizat, având la bază un sistem conceptual bine pus la punct şi presupunând o pregătire teoretică şi practică structurată, nu poate fi aplicată decât de către un psihoterapeut calificat, care a parcurs etapele formării într-o şcoală psihoterapeutică şi a beneficiat el însuşi de

Universitatea SPIRU HARET

o terapie (analiză) personală. În cazul psihoterapiei este vorba despre o abordare țintită, în cunoştință de cauză, a perturbărilor emoționale şi de o tratare deliberată şi planificată a acestora.

I.3. **Distincția dintre psihoterapie şi consiliere psihologică**

Pentru a înțelege mai clar ce înseamnă competența necesară pentru o intervenție psihoterapeutică propriu-zisă, putem utiliza distincția dintre doi termeni considerați de mulți specialişti ca fiind echivalenți: termenii de *consiliere psihologică* şi de *psihoterapie.*

Consilierea psihologică poate fi definită ca un proces intensiv de acordare a asistenței psihologice pentru persoane normale care doresc să-şi atingă obiectivele şi să funcționeze mai eficient. Problemele abordate prin consiliere sunt mai puțin severe (tulburări cu caracter reactiv, probleme familiale, impas existențial, crize de dezvoltare etc.) şi presupun, de regulă, un număr mai redus de şedințe. Din acest punct de vedere, uneori consilierea se poate reduce şi la o singură întâlnire consilier-client prin care acesta din urmă poate realiza, cu îndrumarea specialistului, o clarificare a situației sale şi a scopurilor pe care şi le propune în viitor. În numeroase situații, consilierea presupune, pe lângă suportul emoțional oferit de psiholog şi furnizarea de informații concrete, utile pentru soluționarea problematicii prezente a clientului. Aceasta presupune existența unei baze de date pe care consilierul să le poată pune la dispoziția clientului (de exemplu, informații referitoare la locurile şi condițiile de admitere în învățământul liceal sau universitar în cazul consilierilor şcolari, date privind cererea şi oferta pe piața muncii în cazul consilierilor care se ocupă de orientarea şi consilierea vocațională etc.) **Irina Holdevici** (1996) precizează că „ceea ce se înțelege în mod frecvent prin consiliere nu este altceva decât psihoterapie suportivă. (….) După **Frenck** şi **Alexander** (1946) psihoterapia suportivă este indicată în două categorii opuse de situații: una în care nu este necesară o modificare a personalității pacientului, eficiența acestuia fiind doar temporar perturbată de condiții exterioare neprielnice, iar cea de a doua – în care perturbarea de personalitate este atât de puternică încât este greu de presupus că s-ar mai putea produce o schimbare structurală a pacientului.” După cum se vede, consilierea reprezintă un demers util în sprijinirea persoanelor care nu prezintă o problematică foarte gravă şi care nu se pretează la o intervenție psihoterapeutică de profunzime. De regulă însă, psihologul sau medicul psihiatru este cel care are competența de a aprecia gravitatea unei tulburări şi tipul de intervenție necesară.

Psihoterapia poate fi definită ca un proces complex de tratament psihologic, centrat pe reducerea unor simptome, pe reechilibrarea şi reconstrucţia personalităţii. Acesta necesită în genere un demers de mai lungă durată (de la câteva săptămâni, la câţiva ani) şi o calificare superioară a psihoterapeutului care îl conduce. Medicii psihiatrii şi psihologii clinicieni care lucrează în spitale de specialitate întâlnesc îndeosebi o cazuistică gravă (de la psihoze şi nevroze, până la tulburări de personalitate, toxicomanii, tulburări sexuale etc.) pe care le tratează prin combinarea prescripţiilor medicamentoase şi a intervenţiilor psihoterapeutice. Tratamentul farmacologic poate fi prescris prin excelenţă numai de medic şi este esenţial în cazul multor pacienţi cu o psihopatologie severă (îndeosebi pacienţii psihotici). Adeseori tratamentul medical poate fi completat cu succes de un demers psihoterapeutic de grup sau individual, realizat în perioadele adecvate din evoluţia bolnavului (de exemplu, la pacienţii psihotici în fazele de remisiune dintre episoade) de către un psihoterapeut calificat. În afara psihologilor şi psihiatrilor care îşi desfăşoară activitatea în mediul spitalicesc, există numeroşi practicieni care profesează în cadrul altor instituţii şi asociaţii (şcoli, fundaţii, centre de consiliere şi de psihoterapie etc.) sau în cabinete particulare şi care oferă servicii psihoterapeutice clienţilor care nu necesită spitalizare şi tratament farmacologic. Prestarea acestor servicii implică, de asemenea, competenţa necesară pentru a pune un diagnostic corect, pentru a interveni adecvat în funcţie de problema întâlnită sau pentru a trimite pacientul către o clinică de specialitate, acolo unde este cazul.

I.4. **Categoriile profesionale abilitate pentru a practica psihoterapia**

Cu toate acestea, legislaţia în privinţa dreptului de practică a psihoterapiei nu este foarte bine pusă la punct în majoritatea ţărilor europene şi nici în afara Europei. Dată fiind extinderea domeniului, peste tot în lume au apărut asociaţii profesionale menite să reglementeze desfăşurarea psihoterapiei la nivel profesionist, de către specialişti din domeniul sănătăţii mentale. Şi în ţara noastră s-au constituit astfel de organisme (vezi Colegiul Consilierilor şi Psihoterapeuţilor din România, Federaţia Română de Psihoterapie, Asociaţia Psihologilor din România) şi s-au promovat proiecte de legi (vezi proiectul de Lege privind exercitarea profesiei de psiholog, înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Psihologilor din România) care îşi propun să apere interesele profesionale ale practicienilor şi ale clienţilor cabinetelor psihologice sau psihoterapeutice împotriva imposturii sau incompetenţei.

Specialiştii în domeniu împărtăşesc aproape în unanimitate opinia conform căreia categoriile profesionale care pot practica psihoterapia la nivel de competenţă ştiinţifică sunt:

- *psihologii clinicieni* – absolvenţi ai unei Facultăţi de profil (Psihologie, Psihopedagogie specială, Psihologie-Sociologie), cu specializare în domeniul psihoterapiei, consilierii şi psihodiagnosticului, al psihologiei clinice şi psihopatologiei (Master, Curs postuniversitar) şi care au urmat cursurile a una sau mai multor şcoli de psihoterapie, fiind supervizaţi de un psihoterapeut competent;
- *medicii psihiatrii* - absolvenţi ai unei Facultăţi de medicină, cu specializare în Psihiatrie (rezidenţiat şi examen de specialitate) şi care au urmat cursurile a una sau mai multor şcoli de psihoterapie, fiind supervizaţi de un psihoterapeut competent;
- *asistenţii sociali* - absolvenţi ai unei Facultăţi sau Colegiu de Asistenţă Socială, care se ocupă mai mult de supravegherea şi evaluarea de teren, de consilierea familială, iar în unele situaţii aplică şi tehnici terapeutice pentru care au calificarea necesară (caz în care au urmat cursurile a una sau mai multor şcoli de psihoterapie, fiind supervizaţi de un psihoterapeut competent).

Este important de subliniat că psihoterapia, constituind o supraspecializare postuniversitară, poate fi practicată competent doar de psihologi, psihiatri sau asistenţi sociali care au urmat cursuri şi *traininguri* formative în acest domeniu. Nu orice absolvent al facultăţilor de Psihologie, Medicină sau Asistenţă socială este abilitat, prin simpla absolvire a acestor instituţii de învăţământ, să practice psihoterapia. Cursurile universitare asigură pregătirea de bază, esenţială pentru specializarea ulterioară în domeniu, dar nu sunt suficiente. Formarea ca psihoterapeut presupune, în plus, încă două componente esenţiale: a) formare psihoterapeutică de specialitate, prin efectuarea unui număr de peste 300 de ore de pregătire teoretică şi practică (în cadrul unei *şcoli* de psihoterapie, în *work-shopuri, traininguri* sau *ateliere formative* de specialiate) însoţite de supervizare cu un psihoterapeut calificat; b) parcurgerea unei cure psihoterapeutice personale (analiza personală sau didactică), acompaniat de un psihoterapeut competent, pentru sondarea propriei problematici, pentru conştientizarea şi clarificarea tendinţelor, a limitelor şi resurselor personale şi pentru realizarea unei igiene mentale care să permită ulterior lucrul cu pacienţii.

La ora actuală, la nivel european, funcţionează *Asociaţia Europeană de Psihoterapie* (*AEP* - cu sediul la Viena, Austria), care, în ideea reglementării practicării la nivel înalt calitativ a profesiei de psihoterapeut, a

instituit *Certificatul European de Psihoterapie (CEP)*. Aşa cum argumentează **Isabelle Crespelle** (preşedinte al Comisiei de atribuire a CEP şi vicepreşedinte al AEP), „în absenţa unor reglementări naţionale în majoritatea a ţărilor europene, CEP vizează să contribuie la organizarea profesiei de psihoterapeut şi la instaurarea unui nivel de formare ridicat şi comparabil de la o ţară la alta (3 200 de ore, în 7 ani de studii – din care 3 ani de formare de bază în ştiinţe umane şi 4 ani într-o metodă recunoscută de psihoterapie)……CEP este decernat de AEP, la recomandarea Organizaţiei Naţionale de Atribuire recunoscută în acest sens (pentru Franţa, de exemplu, Federaţia Franceză de Psihoterapie) şi cu aprobarea Organismului European de Atribuire, reprezentând metoda terapeutică practicată sau de comisia ad-hoc a AEP ." (ca titlu informativ, Federaţia Franceză de Psihoterapie a adăugat la aceste criterii pentru obţinerea CEP şi o practică în domeniu de peste 5 ani şi o recomandare de titularizare oferită de o comisie formată din psihoterapeuţi certificaţi). Din parcurgerea acestor informaţii asupra criteriilor practicării psihoterapiei la nivel profesionist şi asupra situaţiei actuale a statutului de psihoterapeut în Europa, rezultă necesitatea tratării cu seriozitate şi în ţara noastră a formării viitorilor practicieni, precum şi imperativul constituirii şi demarării asociaţiilor profesionale care să controleze buna desfăşurare a acestei profesii.

I.5. **Principii etice şi deontologice ale profesiei de psihoterapeut**

Psihoterapia, ca şi ramurile medicale de exemplu, este o meserie delicată şi solicitantă, pentru că, spre deosebire de alte domenii de activitate, aici obiectul (şi subiectul) muncii îl constituie omul. Dacă în industrie, în cibernetică, în geologie sau în arte eşecul înseamnă pierderi materiale şi energetice, dezamăgire, costuri şi eforturi suplimentare, în tratarea omului eşecul produce suferinţă şi durere. În plus, psihoterapia este un domeniu aplicativ şi, ca în aproape orice disciplină care are şi o parte aplicativă (de la fizică şi chimie, până la biologie şi genetică), deţine un cod de reguli menit să prescrie utilizarea sa. Este vorba despre *Codul etic sau deontologic* al profesiei, care conţine o serie de norme de conduită ce se raportează la sistemele de valoare general-umane şi care reglementează comportamentul practicienilor în domeniu. Criteriul principal după care se diferenţiază caracterul etic sau neetic al unei practici terapeutice este *beneficiul clientului*: practicile etice oferă beneficiu pacientului, în timp ce acelea care sunt calificate în afara eticii profesionale aduc beneficii terapeutului şi nu clientului.

Dintre principiile deontologice ale profesiei de psihoterapeut, vom prezenta, pe scurt, câteva, considerate ca esențiale:

1. *Pregătirea şi experiența profesională a psihoterapeutului.* Psihoterapeutul trebuie să fie conştient de limitele competenței sale şi să ofere numai acele servicii pentru care este calificat prin *training* şi experiență. Nu este etic să folosească tehnici şi metode complexe (de exemplu, hipnoză, actinguri corporale, tehnici PNL etc.) care necesită o supervizare atentă şi pentru care nu a fost pregătit şi supervizat. În cazul în care simte că şi-a atins limitele personale ori că tipul său de pregătire nu răspunde problematicii pacientului, psihoterapeutul are datoria să solicite supervizare sau să îndrume clientul spre un alt coleg care are competența necesară. Este important ca fiecare practician să aibă un sistem teoretic bine închegat după care îşi conduce activitatea şi este esențial ca el însuşi să fi parcurs o proces psihoterapeutic personal, asistat de un psihoterapeut competent. Psihoterapeutul are datoria profesională de a-şi continua pregătirea de specialitate, de a-şi reactualiza cunoştințele şi deprinderile practice prin diferite forme de educație şi pregătire continuă şi de a apela periodic la supervizare.

2. *Consimțământul informat.* Pacientul are dreptul să solicite informații şi să fie corect informat cu privire la pregătirea de specialitate a psihoterapeutului său. Psihoterapeutul are datoria de a informa clienții despre scopurile terapiei, procedurile utilizate, durata şi costurile şedințelor, limitele şi posibilele riscuri ce pot apărea şi despre orice alt factor care poate influența decizia persoanei de a intra în terapie. De asemenea, informează clientul despre orice circumstanță care ar putea afecta confidențialitatea relației psihoterapeutice.

3. *Confidențialitatea.* Datele obținute de la client în timpul şedințelor terapeutice sunt confidențiale şi psihoterapeutul are obligația de a nu le dezvălui în afara cabinetului. Dacă apare necesitatea ca informațiile să fie comunicate altor persoane, este obligatorie obținerea acordului pacientului (de exemplu, când pacientul este trimis către un alt psihoterapeut cu un referat asupra cazului, când se pune problema colaborării cu medicul, profesorul sau părintele pacientului în vederea rezolvării unor probleme, etc.). Discutarea unui caz în cadrul supervizării sau cu un coleg trebuie făcută numai în scopul rezolvării eficiente a problematicii clientului, cu respectul cuvenit şi fără menționarea numelui sau a

Universitatea SPIRU HARET

altor date care ar putea duce la identificarea persoanei. Prezentarea publică a unui caz în scopuri didactice (cursuri, seminarii de specialitate, publicații) se face numai cu acordul clientului şi în condițiile păstrării anonimatului său. Regula confidențialității poate fi încălcată numai în cazuri speciale, atunci când informațiile obținute de psihoterapeut indică posibilitatea unui pericol real pentru client sau pentru alte persoane (suicid, crimă, acțiuni distructive).

4. *Abstinența sexuală şi securitatea fizică.* În cadrul psihoterapiei sunt interzise angajarea în activități erotice, contacte sau raporturi sexuale cu clientul, cu aparținătorii acestuia sau între membrii grupului terapeutic. Este interzisă, de asemenea, orice activitate sexuală cu studenții în formare, cu colegii în supervizare sau cu supervizorul. Psihoterapeutul are datoria de a supraveghea atent şi de a interzice orice act fizic violent sau periculos pentru persoanele fizice şi bunurile acestora.

5. *Respectarea cadrului terapeutic.* Psihoterapeutul are datoria de a respecta contractul terapeutic stabilit cu clientul, fără a depăşi limitele acestuia. Reprezintă încălcări ale codului etic intrarea în afaceri cu clientul, împrumutul de bani de la client, acceptarea de bani pentru a-i face o recomandare, pretenția de taxe suplimentare. Nu este permisă abandonarea unui client, neremarcarea şi netratarea unor simptome evidente sau lipsa unei atenții corespunzătoare față de un pacient cu tentative suicidare. Psihoterapeutul are obligația profesională de a păstra înregistrări sau protocoale ale sesiunilor terapeutice, având o evidență adecvată a evoluției cazului cu care lucrează. Nu este permisă utilizarea drogurilor în cadrul terapiei, folosirea de practici violente sau traumatizante.

6. *Respectul față de client.* Clientul trebuie tratat aşa cum psihoterapeutul însuşi şi-ar dori să fie tratat: cu respect, onestitate, atenție şi atitudine de acceptare. Psihoterapeutul are obligația să fie conştient de propriul sistem de valori şi atitudini, neîncercând să le impună pacientului său şi respectând valorile şi credințele acestuia. Este important ca psihoterapeutul să se centreze pe nevoile şi bunăstarea clientului, evitând solicitarea excesivă de detalii irelevante cu prețul ignorării sentimentelor şi ideilor acestuia. Terapeutul are obligația să fie permanent conştient de faptul că psihoterapia are ca obiectiv binele pacientului, găsirea de soluții potrivite pentru situația sa, şi nu satisfacerea propriei curiozități. De asemenea, terapeutul are datoria să solicite permanent asumarea de către client a responsabilității pentru propria viață şi pentru propria vindecare, fără a crea şi întreține o relație de dependență cu acesta.

I.6. **Obiectivele psihoterapiei**

În cadrul psihoterapiei s-au delimitat numeroase şcoli şi curente care au însă o multitudine de puncte convergente. Ceea ce au în comun toate aceste orientări este ţinta finală şi anume: activarea şi dezvoltarea resurselor personale ale pacientului în scopul unei adaptări mai eficiente şi a unei integrări satisfăcătoare în spaţiul său de viaţă. Aşa cum arată **Irina Holdevici** (1996), astăzi, majoritatea specialiştilor sunt de părere că *obiectivele* psihoterapiei vizează, în principal următoarele aspecte:

– reducerea sau eliminarea simptomelor;

– modificarea opiniilor eronate ale subiecţilor despre ei înşişi şi despre lumea înconjurătoare;

– scoaterea pacientului din criza existenţială în care se află;

– reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) a acelor condiţii de mediu care produc sau menţin comportamentele de tip dezadaptativ;

– rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului;

– întărirea eului şi a capacităţilor integrative ale personalităţii pacientului;

– dezvoltarea la subiecţi a unui sistem clar al identităţii personale;

– modificarea structurii personalităţii în vederea obţinerii unei funcţionări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu.

Evoluţia psihologică a pacientului reprezintă scopul oricărei intervenţii psihoterapeutice. Una dintre problemele pe care le ridică cei interesaţi de psihoterapie ca domeniu de intervenţie asupra fiinţei umane, se referă la garanţiile pe care le poate oferi terapeutul că intervenţia sa nu este nocivă, manipulativă, chiar malefică. „De unde ştii că nu-i faci rău? Ce drept ai tu, o fiinţă umană ca oricare alta să hotărăşti ce este bine şi ce este rău pentru pacient?" Aceste întrebări reflectă o percepţie eronată asupra a ceea ce reprezintă un demers psihoterapeutic autentic. *Psihoterapeutul nu decide pentru sau în locul pacientului de ce are nevoie acesta.* El are sarcina de a-l ajuta să-şi cunoască şi să-şi clarifice *propriile nevoi* şi să-l susţină pentru a acţiona în conformitate cu ele. Psihoterapeutul nu evaluează valorile, ideile sau comportamentele pacientului, nu-i oferă sfaturi, sau soluţii prefabricate la problemele cu care se confruntă. În schimb, *el îi asigură prin acţiunile sale o oglindă obiectivă în care să se poată privi şi aprecia singur, precum şi o prezenţă caldă, empatică, noncritică, încurajatoare care să-l stimuleze pentru găsirea propriilor rezolvări.* Dacă privim pacientul din psihoterapie ca pe cineva

Universitatea SPIRU HARET

care a suferit o „cădere psihică” (termen, de altfel, adeseori întâlnit), terapeutul reprezintă suportul psihologic pe care acesta se poate sprijini pentru a se ridica şi a merge mai departe, dar nu numai atât. Altfel, rolul său s-ar confunda cu cel al prietenului, sau al părintelui, sau al profesorului care, pe fiecare dintre noi, ne-au ajutat să depăşim momente dificile din viaţă. Psihoterapeutul îşi propune, în plus, *dezvoltarea personalităţii clientului său, descoperirea şi realizarea unor disponibilităţi psihice latente, obţinerea independenţei şi autonomiei, maturizarea şi adaptarea acestuia la un nivel superior faţă de cerinţele vieţii cotidiene*.

Pentru a atinge aceste obiective, el dispune, în plus faţă de prieten, părinte sau profesor de o serie de caracteristici:

– *o distanţare afectivă* suficientă care îi permite să fie obiectiv în relaţia cu pacientul[2],

– *o pregătire teoretică* care îi asigură înţelegerea unor mecanisme şi realităţi psihice uneori ascunse,

– *un bagaj de instrumente şi tehnici* specifice de intervenţie psihoterapeutică care sunt structurate şi bine întemeiate teoretic.

Aceste consideraţii sunt valabile pentru orice demers psihoterapeutic, indiferent de curentul teoretico-metodologic de care aparţine. Dincolo de aspectele teoretice şi metodologice distincte pentru fiecare orientare psihoterapeutică în parte, cercetările au arătat că, în practică, psihoterapeuţii eficienţi (fie ei psihanalişti, comportamentalişti sau umanişti) utilizează maniere de lucru apropiate şi manifestă faţă de pacienţi o atitudine foarte asemănătoare: de grijă, respect şi atenţie.

I.7. **Evaluarea în psihoterapie**

Una dintre caracteristicile demersului psihoterapeutic, ce ridică probleme în privinţa validării ştiinţifice, constă în aceea că efectele psihoterapiei sunt foarte greu de surprins şi de măsurat în mod riguros, folosind instrumente precise şi standardizate. Se pot aplica însă o serie de teste (de personalitate, proiective etc.), scale şi chestionare (de anxietate, de depresie, vizând imaginea de sine etc.) la începutul, pe parcursul şi în finalul procesului terapeutic. Acestea permit un anumit

[2] Caracteristicile presupuse de o relaţie terapeutică sunt, de altfel, cele care fac să fie complet contraindicată angajarea într-un demers psihoterapeutic cu o rudă, un prieten sau cunoştinţă apropiată, situaţii în care cerinţa de neutralitate şi de distanţare afectivă nu poate fi satisfăcută.

Universitatea SPIRU HARET

mod de măsurare apropiat de complexitatea umanului, efectuarea de comparaţii şi înregistrarea eventualelor evoluţii sau modificări etc. Valoarea utilizării unor astfel de baterii de instrumente psihologice este foarte mare pentru cercetarea ştiinţifică şi pentru argumentarea teoriilor psihologice şi a strategiilor de intervenţie psihoterapeutică. Ele se practică mai ales în institutele de cercetare şi în centrele universitare. Uneori au valoare terapeutică în sine, în măsura în care rezultatele sunt aduse la cunoştinţa subiectului, permiţându-i să constate singur progresele înregistrate şi devenind astfel stimuli motivaţionali. Este la fel de adevărat, însă, că adeseori pacientul care apelează la serviciile psihoterapeutului devine incomodat în cazul unei administrări excesive de teste. Riscul este ca, în loc să se simtă ascultat, înţeles şi susţinut de terapeut, să aibă senzaţia că este evaluat critic, încadrat cu răceală într-o entitate psihopatologică şi etichetat pe măsură, tratat ca un specimen curios şi nu ca o persoană vie şi sensibilă. De aceea, esenţială în această privinţă este abilitatea psihoterapeutului în a câştiga încrederea pacientului, în a-l face să se simtă în siguranţă şi sprijinit, neignorând însă importanţa evaluării periodice a stării clientului său. Pentru a evita aspectele negative menţionate anterior, modalităţile de evaluare care par a fi cele mai potrivite sunt cele care vizează mai puţin aspectele cantitative (cum sunt chestionarele cu *n* itemi), ci mai ales pe cele calitative. Pot fi folosite cu succes în acest sens produse ca: desene, obiecte modelate sau construite de client, relatarea de vise, reverii, fantezii şi, nu în ultimul rând, observarea comportamentului nonverbal al cestuia.

O altă dificultate în evaluarea eficienţei psihoterapiei ţine de multitudinea de variabile care trebuie luate în considerare. Se vorbeşte, de exemplu, despre fenomenul de „remisiune spontană", adică despre faptul că unele persoane care au probleme psihice îşi revin după un timp fără asistenţă de specialitate. S-a constatat, însă, că cel mai adesea, ameliorarea produsă în absenţa tratamentului nu a fost realmente spontană, ci au intervenit fie modificări în situaţia de viaţă a individului (schimbarea domiciliului, întreruperea unei relaţii, găsirea unui loc de muncă ş.a.) sau ajutorul unei alte persoane (un prieten, o rudă, un reprezentant al biserici etc.). De asemenea, este adevărat că în timp ce urmează o psihoterapie, în viaţa pacientului interferă o serie de evenimente, unele cu efect pozitiv, altele negativ. Unele întâmplări din viaţa cotidiană au efect facilitator sau complementar asupra bunului mers al psihoterapiei, altele pot zădărnici progresele obţinute. Cert este că o

Universitatea SPIRU HARET

serie de cercetări[3] au arătat că persoanele care au beneficiat de psihoterapie au evoluat mai bine decât cele care nu au fost tratate.

În activitatea psihoterapeutică, **Strupp** şi **Hadley** au arătat în 1977 că succesul intervenției poate fi evaluat după trei criterii principale:

1. *trăirile subiective ale pacientului* (reducerea sau dispariția simptomelor, sentimentul că îi este mai bine, este mai mulțumit, mai fericit, mai împăcat cu sine);

2. *recunoaşterea socială* (cei din anturaj: membrii familiei, prietenii, medicul de familie, observă şi recunosc progresele realizate de pacient în profesie, în familie, la învățătură etc.)

3. *materializarea expectațiilor psihoterapeutului* în ceea ce priveşte modificările realizate în sfera personalității şi în comportamentul subiectului. (Apud **Irina Holdevici**, *Elemente de psihoterapie,* Ed. All, 1996, p.3)

Cazul ideal este cel al îndeplinirii tuturor celor trei criterii. Dacă nu, putem vorbi de subiectivitatea fie a pacientului, fie a terapeutului, fie a anturajului. De pildă, un pacient obedient poate îndeplini conştiincios prescripțiile unui terapeut directiv, schimbându-şi comportamentul într-un mod apreciat de familie şi colegi, dar simțindu-se inconfortabil, constrâns şi nefericit. De asemenea, schimbările sesizate în cabinet de client şi terapeutul său au nevoie să fie confirmate şi de întâmplările din viața curentă a celui consiliat. În acest din urmă caz, este însă extrem de important să se țină cont de mediul de proveniență al pacientului. Dacă este vorba de un mediu cu potențial psihopatogen, este foarte posibil ca evoluția pozitivă a pacientului să nu fie întâmpinată cu reacții pozitive (de exemplu: un tânăr care încearcă în mod firesc să se desprindă ca persoană autonomă dintr-o relație parentală posesivă şi acaparatoare este de aşteptat să întâlnească reacții de rezistență puternică din partea părinților frustrați; sau un toxicoman, în urma dezintoxicării, va fi nevoit cu siguranță să-şi schimbe o parte din cercul de prieteni cu care avea în comun consumul de drog şi va întâmpina şi reacții de respingere şi ostilitate).

[3] Este vorba despre studii comparative între grupuri de pacienți care au beneficiat de terapie şi grupuri de control. Rezultatele arată că media pacienților din psihoterapie şi-a îmbunătățit într-o mai mare măsură starea decât 80% dintre pacienții din grupul de control. (**Smith, Glass, & Miller,** 1980).

REZUMAT

În ultimele decenii, se constată în domeniul psihologiei o dezvoltare tot mai amplă, pe lângă ramurile teoretice şi cele axate pe cercetare ştiinţifică, a direcţiilor practice-aplicative. Psihoterapia este una din ramurile aplicative ale psihologiei, care poate fi definită din cel puţin două *perspective*: (1) ca o *relaţie interpersonală* între pacientul (clientul) care suferă de o tulburare psihică în legătură cu care solicită ajutor şi terapeutul care posedă aptitudinile şi pregătirea necesare pentru a interveni psihoterapeutic; (2) ca *formă de tratament psihologic* care presupune o acţiune psihologică sistematică, structurată, planificată, având la bază un sistem teoretic-conceptual bine pus la punct, aplicată deliberat de către un psihoterapeut calificat, asupra pacientului.

Din cauza noutăţii domeniului şi a lipsei de informare asupra ofertei psihoterapeutice, de multe ori se pune semnul egalităţii între asistenţa psihoterapeutică specializată şi sprijinul afectiv oferit de un prieten, doctor sau preot. Aceştia din urmă pot oferi celui tulburat emoţional suport afectiv, un fel de „consiliere empirică" la nivelul bunului simţ. Psihoterapia însă, este aplicată de către un psihoterapeut calificat, care abordează ţintit, în cunoştinţă de cauză, perturbările emoţionale şi le tratează planificat.

Atât consilierea psihologică, cât şi psihoterapia reprezintă procese de acordare a asistenţei psihologice de către persoane abilitate în acest sens. Mulţi specialişti consideră cei doi termeni ca fiind echivalenţi. *Consilierea psihologică* reprezintă un proces intensiv, de scurtă durată, prin care sunt abordate probleme mai puţin severe. *Psihoterapia* este un proces complex, de mai lungă durată, centrat pe reducerea unor simptome, pe reechilibrarea şi reconstrucţia personalităţii clientului. Necesită o calificare superioară a psihoterapeutului care îl conduce.

Psihoterapia, constituie o supraspecializare postuniversitară. Categoriile profesionale care pot practica psihoterapia la nivel de competenţă ştiinţifică sunt: psihologii clinicieni, medicii psihiatrii şi asistenţii sociali care, pe lângă pregătirea universitară de bază, au urmat cursurile a una sau mai multe şcoli de psihoterapie, fiind supervizaţi de un psihoterapeut competent.

Principiile deontologice ale profesiei de psihoterapeut, cuprinse în Codul deontologic, se referă la: (a) pregătirea şi experienţa profesională a psihoterapeutului (datoria de a oferi numai acele servicii pentru care este calificat şi parcurgerea unui proces psihoterapeutic personal); (b) consimţământul informat al pacientului (informaţii cu privire la pregătirea de specialitate a psihoterapeutului şi la toate datele ce privesc

Universitatea SPIRU HARET

psihoterapia); (c) confidențialitatea (datele obținute în cadrul ședințelor terapeutice sunt confidențiale şi nu pot fi dezvăluite decât în situații cu totul excepționale); (d) abstinența sexuală şi securitatea fizică (interdicția activităților erotice-sexuale sau agresive cu clientul sau cu aparținătorii acestuia); (e) respectarea cadrului şi a contractului terapeutic; (f) respectul față de client, față de sistemul de valori şi de convingeri ale acestuia.

Obiectivul prim al oricărui demers psihoterapeutic constă în reducerea sau eliminarea simptomelor pentru care pacientul se adresează psihoterapiei. Obiectivul fundamental constă însă în dezvoltarea personalității clientului, activarea şi dezvoltarea resurselor personale ale acestuia. Prin aceasta se urmăreşte ca el să ajungă la o adaptare mai eficientă, de nivel superior la mediul său de viață, la obținerea independenței, autonomiei şi maturității psihice.

Adeseori efectele psihoterapiei sunt dificil de surprins şi de măsurat în mod riguros, folosind instrumente precise şi standardizate. Se pot aplica însă o serie de teste, scale şi chestionare la începutul, pe parcursul şi la finalul procesului terapeutic, care permit efectuarea de comparații, înregistrarea eventualelor evoluții sau modificări având mare valoare pentru cercetarea ştiințifică şi pentru argumentarea strategiilor de intervenție psihoterapeutică. Pot fi utilizate, de asemenea, modalități de evaluare care vizează mai puțin aspectele cantitative şi se centrează pe aspecte calitative: desene, obiecte modelate sau construite de client, relatarea de vise, reverii, fantezii, observarea comportamentului nonverbal al cestuia. În genere, succesul intervenției poate fi evaluat după trei criterii principale: trăirile subiective ale pacientului, recunoaşterea socială, materializarea expectațiilor psihoterapeutului în ceea ce priveşte modificările realizate în sfera personalității şi în comportamentul subiectului.

CONCEPTE-CHEIE

Psihoterapie – În sens larg, psihoterapia poate fi definită ca o atitudine psihologică (de susținere, de îngrijire) în timpul unui act medical. În sens restrâns, ca specialitate terapeutică, este o formă de tratament al suferinței psihice prin mijloace strict psihologice, care presupune o relație de îngrijire a clientului de către psihoterapeut printr-o acțiune psihologică sistematică, structurată, având la bază un sistem teoretic-conceptual bine pus la punct. Este un proces complex de tra-

Universitatea SPIRU HARET

tament, centrat fie pe reducerea unor simptome jenante pentru pacient, a unor inhibiţii, fie pe reechilibrarea şi reconstrucţia personalităţii. Acesta necesită în genere un demers de mai lungă durată (de la câteva săptămâni la câţiva ani) şi o calificare superioară a psihoterapeutului care îl conduce.

Consiliere psihologică – Deşi unii specialişti folosesc conceptele de psihoterapie şi de consiliere ca sinonime, termenul de consiliere este utilizat, de regulă, pentru a defini un proces intensiv de acordare a asistenţei psihologice pentru persoane normale, care doresc să-şi atingă obiectivele şi să funcţioneze mai eficient sau care parcurg o perioadă de criză. Este o activitate profesională efectuată de un psiholog consultat în calitate de expert în domeniul vieţii afective (consiliere conjugală, relaţională) sau al vieţii sociale (consiliere şi orientare şcolară, profesională). În ambele cazuri, consilierea nu se reduce la o furnizare de informaţii, ci există loc pentru întrebări asupra motivaţiei profunde a cererii de consiliere. Problemele abordate prin consiliere sunt mai puţin severe (tulburări cu caracter reactiv, probleme familiale, impas existenţial, crize de dezvoltare etc.) decât cele abordate psihoterapeutic, presupun, de regulă, un număr mai redus de şedinţe şi nu necesită specializarea consilierului în domeniul psihoterapiei.

Psihoterapeut – Specialist în domeniul psihoterapiei care dispune de o pregătire teoretică şi practică structurată, calificat pentru a diagnostica, a aborda şi trata sistematic perturbările emoţionale şi problemele psihice ale clienţilor săi. Categoriile profesionale care pot practica psihoterapia la nivel de competenţă sunt: psihologii, psihiatrii sau asistenţii sociali care au urmat cursuri postuniversitare şi *traininguri* formative în acest domeniu. Formarea ca psihoterapeut presupune, pe lângă pregătirea universitară de bază, două componente esenţiale: a) formare psihoterapeutică de specialitate (peste 300 de ore de pregătire teoretică şi practică), însoţite de supervizare cu un psihoterapeut avizat; b) parcurgerea unei cure psihoterapeutice personale, acompaniat de un psihoterapeut competent.

Cod deontologic – Psihoterapia, fiind un domeniu aplicativ, deţine un cod de reguli, de îndatoriri profesionale care prescriu utilizarea sa. Este vorba despre Codul etic sau deontologic al profesiei, care conţine o serie de norme de conduită ce se raportează la sistemele de valoare general umane şi care reglementează comportamentul practicienilor în domeniu. Respectarea codului deontologic constituie o garanţie pentru beneficiar, ca şi pentru unitatea, valoarea şi dezvoltarea profesiunii de psihoterapeut.

Universitatea SPIRU HARET

EXTINDERI

CODUL DEONTOLOGIC AL SINDICATULUI NAȚIONAL FRANCEZ AL PRACTICIENILOR ÎN PSIHOTERAPIE *(SINDICAT NATIONAL DES PRACTICIENS EN PSYCHOTHÉRAPIE)*

1. ***OBLIGAȚIILE GENERALE ALE PSIHOTERAPEUTULUI***

Art.1/1 – Formarea profesională

Psihoterapeutul are o formare profesională teoretică şi practică aprofundată, aptă să asigure o competență de practician.

Art. 1/2 – Procesul terapeutic personal

Psihoterapeutul a urmat el însuşi un proces psihoterapeutic aprofundat. Acest demers personal este distinct față de formarea sa, amândouă fiind esențiale.

Art. 1/3 – Formarea continuă

Formarea şi dezvoltarea personală trebuie să facă obiectul unei reînnoiri constante de-a lungul întregii sale cariere.

Art. 1/4 – Controlul şi supervizarea

Psihoterapeutul se menține într-un sistem de supervizare sau de control a practicii sale de către un supervizor calificat.

Art. 1/5 – Independența profesională

Psihoterapeutul nu trebuie să accepte condiții de lucru care să-i afecteze independența profesională şi, mai ales, care să-l împiedice să aplice principiile deontologice enunțate aici.

Art. 1/6 – Atitudinea rezervată

Psihoterapeutul, conştient de puterea sa, se angajează într-o atitudine rezervată. Este atent la consecințele directe sau indirecte ale intervențiilor sale şi, printre altele, la felul în care ar putea fi utilizate de alții.

Art.1/7 – Informații asupra practicii sale

Toate informațiile publice (articole, publicații, emisiuni radio sau teledifuzate, cursuri, anunțuri plătite, conferințe, documente pedagogice etc.) despre personalitatea psihoterapeutului, natura asistenței (îngrijirii) pe care o oferă şi rezultatele obținute în urma psihoterapiei trebuie oferite de pe o poziție rezervată şi decentă.

Art. 1/8 – Apartenența la sindicat

Doar titularii se pot folosi de apartenența la sindicat.

Universitatea SPIRU HARET

2. *OBLIGAȚIILE PSIHOTERAPEUTULUI FAȚĂ DE PACIENT*

Art. 2/1 – Calitatea asistenței

De fiecare dată când se angajează într-un contract terapeutic cu o persoană, psihoterapeutul se angajează să ofere personal cele mai bune îngrijiri.

Art. 2/2 – Apelul la un supervizor

În acest scop, dacă consideră că este necesar, trebuie să apeleze la colaborarea unui supervizor.

Art. 2/3 – Obligația de a fi rezervat

Conştient de relația foarte specifică ce îl leagă de pacient, psihoterapeutul are o atitudine rezervată în toate circumstanțele.

Art. 2/4 – Abstinența sexuală

Psihoterapeutul se abține de la orice fel de relație sexuală cu pacienții săi, precum şi cu studenții săi în formare şi cu colegii în supervizare.

Art. 2/5 – Respectul față de individ

Psihoterapeutul respectă integritatea şi valorile proprii ale pacientului în cadrul procesului de schimbare.

Art. 2/6 – Responsabilitatea clientului

Psihoterapeutul are datoria de a-i atrage atenția pacientului asupra propriei sale responsabilități şi asupra necesității unei cooperări active şi permanente a acestuia din urmă.

Art. 2/7 – Securitatea fizică

În cadrul practicii sale, psihoterapeutul instaurează o regulă de nonviolență asupra persoanelor şi bunurilor acestora.

Art. 2/8 – Onorariul

Fiecare psihoterapeut îşi fixează el însuşi onorariile, cu responsabilitate deplină.

Art. 2/9 – Secretul profesional

Psihoterapeutul se supune regulilor uzuale ale secretului profesional care se extinde asupra a tot ceea ce el a văzut, auzit sau înțeles în cursul practicii sale.

Art. 2/10 – Garanția anonimatului

Psihoterapeutul ia toate precauțiile necesare pentru a proteja anonimatul persoanelor pe care le consultă sau le-a consultat.

Art. 2/11 – Secretul profesional şi co-terapia

Dacă, din motive terapeutice, este necesară colaborarea cu o altă persoană care îl îngrijeşte pe pacient, psihoterapeutul nu poate împărtăşi informaţii decât cu acordul pacientului. Acest acord este oferit implicit într-un proces de co-terapie.

Art. 2/12 – Grupul: anonimat şi discreţie

În şedinţele colective, psihoterapeutul prescrie membrilor grupului o obligaţie de secret asupra identităţii participanţilor şi de discreţie asupra derulării şedinţelor.

Art. 2/13 – Protecţia participanţilor

În şedinţele de grup, psihoterapeutul interzice trecerea la act sexual între participanţi, precum şi toate actele fizice periculoase pentru persoane sau bunurile acestora.

Art. 2/14 – Libertatea angajamentului psihoterapeutului

Psihoterapeutul nu este niciodată constrâns să se angajeze într-un proces de îngrijire psihoterapeutică.

Art. 2/15 – Continuitatea

Psihoterapeutul trebuie să asigure continuitatea angajamentului psihoterapeutic sau să-i faciliteze mijloacele.

Art. 2/16 – Alegerea psihoterapeutului

Psihoterapeutul respectă şi facilitează libera alegere a terapeutului său de către cel asistat.

Art. 2/17 – Schimbarea terapeutului

Psihoterapeutul este conştient de legăturile specifice înlocuite printr-o terapie precedentă realizată cu un confrate. În cazul unei consultaţii în vederea schimbării terapeutului, el va facilita analiza dificultăţii care a intervenit.

3. *RAPORTURILE PSIHOTERAPEUTULUI CU CONFRAŢII SĂI, CU ALŢI PROFESIONIŞTI DIN SĂNĂTATE ŞI CU INSTITUŢIILE*

Art. 3/1 – Informarea deontologică

Codul deontologic al practicienilor în psihoterapie este public.

Art. 3/2 – Personalul adjuvant

Psihoterapeutul asigură respectarea prezentului cod de către personalul cu care lucrează.

Art. 3/3 – Apartenența instituțională

Faptul că psihoterapeutul este legat de un centru de îngrijire, de formare, de locul în care trăieşte sau apartenența la structuri sociale ori asociative nu trebuie să pericliteze în nici un fel aplicarea regulilor deontologice prezentate aici.

Art. 3/4 – Controlorii, supervizorii, formatorii

Psihoterapeuții care exercită control, supervizare sau activități didactice trebuie să fie recunoscuți şi identificați în grupurile respective.

Art. 3/5 – Reguli de colegialitate

Nici o practică sau instituție nu poate pretinde exclusivitatea sau primatul asupra altora în ce priveşte competența psihoterapeutică. De aceea, practicianul este obligat să fie rezervat în raporturile cu confrații săi.

Ar*t. 3/6 – Raporturile cu medicii*

Conştient de specificul psihoterapiei şi de cel al medicinii, psihoterapeutul îl invită pe pacientul său să se asigure de toate garanțiile asistenței medicale.

Art. 3/7 – Utilizarea numelui

Nimeni nu are dreptul, într-un text informativ sau publicitar, să folosească numele şi titlul unui psihoterapeut fără autorizarea sa expresă şi acordul său scris.

4. *APLICAREA CODULUI DEONTOLOGIC*

Art.4/1 – Rolul comisiei deontologice

În privința deontologiei, comisia internă a sindicatului (SNPP) are un rol de informare, de prevenție, de consiliere şi de examinare a cererilor.

Art. 4/2 – Încălcarea regulilor deontologice

La cererea celor interesați, pe plan intern sau extern, comisia de deontologie se află la dispoziția psihoterapeutului sau a reclamanților pentru a examina plângerea.

Art. 4/3 – Sancțiunile

Comisia de deontologie, în funcție de valoarea încălcării codului deontologic, poate da, în consecință: un apel la ordine, un avertisment ori un blam, recomandarea pentru excluderea temporară ori definitivă a psihoterapeutului.

În ceea ce priveşte excluderea temporară sau definitivă, recomandarea comisiei va trebui susţinută printr-un vot al consiliului de administraţie cu o majoritate de trei sferturi. Indiferent de situaţie, membrii comisiei vor avea obligaţia să asculte psihoterapeutul interesat şi, eventual, pe apărătorul acestuia.

Art. 4/4 – Procedura

La propunerea comisiei de deontologie, CA stabileşte un regulament de procedură detaliată pentru aplicarea articolelor 4/2 si 4/3 privind încălcările şi sancţiunile.

CODUL ETIC AL FEDERAŢIEI ROMÂNE DE PSIHOTERAPIE (PROIECT)

Preambul

Psihoterapia – relaţie interumană specifică, bazată pe contactul nemijlocit al psihoterapeutului cu persoane sau grupuri de persoane – implică multiple aspecte etice, a căror luare în considerare reprezintă o condiţie primordială pentru prestigiul psihoterapiei ca profesie ştiinţifică distinctă, un pas indispensabil în procesul afirmării şi dezvoltării acesteia în România.

Realizarea prezentului Cod Etic este efectul conştientizării de către FRP a responsabilităţii pe care aceasta o are faţă de membrii săi – ale căror interese le unifică şi le reprezintă, în calitatea sa de organizaţie-umbrelă – cât şi faţă de pacienţii / clienţii implicaţi în procesul psihoterapeutic, pe care îi protejează de o eventuală aplicare neetică a psihoterapiei.

Apartenenţa la FRP implică necesitatea aderării la Codul Etic al acesteia şi la regulile şi procedurile folosite pentru implementarea sa.

Ţelul prezentului Cod Etic este de a oferi un cadru general de principii şi reguli de decizie care să acopere cele mai multe din situaţiile cu care se întâlnesc psihoterapeuţii în activitatea lor profesională, de a valorifica un set dinamic de standarde etice, de a atenţiona şi sensibiliza psihoterapeuţii asupra consecinţelor nedorite ce pot apărea în practica psihoterapeutică.

Prezentul Cod Etic se referă numai la activităţile legate de practica psihoterapeuţilor.

Profesiunea psihoterapeutică

Profesiunea psihoterapeutică este o profesiune ştiinţifică distinctă care se ocupă cu evaluarea, înţelegerea în profunzime şi tratamentul

planificat al tulburărilor comportamentale şi al stărilor de suferinţă psihosocială / psihosomatică cu ajutorul unor sisteme teoretice şi metode specifice.

Procesul psihoterapeutic se bazează pe interacţiunea dintre unul sau mai mulţi pacienţi / clienţi cu unul sau mai mulţi psihoterapeuţi, în scopul facilitării, ameliorării sau vindecării şi a dezvoltării armonioase a personalităţii.

În acest cadru, psihoterapeuţii trebuie să-şi aplice cunoştinţele în sensul scopurilor enunţate mai sus, să-şi folosească îndemânarea ţinând cont de demnitatea individului.

PRINCIPII GENERALE

Competenţa

Psihoterapeuţii trebuie să-şi declare poziţia profesională în strânsă legătură cu pregătirea lor. Ei trebuie să menţină standardele înalte de competenţă în munca pe care o desfăşoară, să-şi recunoască limitele competenţei specifice şi a experienţei de care dispun. Serviciile psihoterapeuţilor trebuie să se limiteze numai la acele tehnici în care sunt calificaţi în funcţie de profesia de bază, formare şi experienţă. Psihoterapeuţii îşi vor limita practica la metodele de tratament în care se dovedeşte că au câştigat suficientă pricepere şi experienţă, îndrumând cazurile ce depăşesc pregătirea lor specifică spre alţi psihoterapeuţi, în funcţie de acelaşi criteriu al competenţei.

Confidenţialitatea

Toate informaţiile care devin cunoscute psihoterapeutului ca urmare a relaţiei psihoterapeutice sunt supuse principiului confidenţialităţii.

Integritatea morală

Psihoterapeuţii vor promova integritatea morală în munca pe care o desfăşoară. În descrierile sau relatările făcute cu privire la calificarea pe care o au, la metodele de terapie, la durata probabilă şi termenii financiari ai acesteia, psihoterapeuţii trebuie să se supună principiului integrităţii morale, manifestat prin cinste, corectitudine, respect faţă de cei cu care intră în relaţie, fie aceştia pacienţi / clienţi sau colegi.

Informaţiile oferite pacienţilor / clienţilor trebuie să fie oneste, obiective şi realiste, pe parcursul sau după încheierea relaţiei profesionale.

În cazul în care intervin anumite conflicte legate de obligaţiile şi competenţele psihoterapeuţilor, aceştia trebuie să le rezolve în manieră responsabilă.

Universitatea SPIRU HARET

Responsabilitatea profesională şi ştiinţifică

Standardele morale şi de conduită ale psihoterapeuţilor reprezintă o problemă personală. Aceştia vor ţine seama de faptul că prin conduita lor îşi pot compromite responsabilitatea profesională sau pot duce la diminuarea încrederii în psihoterapie şi psihoterapeuţi.

Psihoterapeuţii trebuie să se comporte într-un mod responsabil, să fie dăruiţi naturii speciale a relaţiei psihoterapeutice, care este clădită în întregime pe încredere totală. Abuzul şi zdruncinarea încrederii sunt considerate drept o neglijare de către psihoterapeut a responsabilităţii sale profesionale, o încălcare a normelor deontologice, iar responsabilitatea pentru aceasta revine în întregime psihoterapeutului. Lipsa responsabilităţii în relaţia bazată pe încredere constituie o serioasă eroare în tratamentul psihoterapeutic.

Psihoterapeuţii se vor consulta cu colegii în scopul prevenirii unui comportament nonetic.

Respectarea demnităţii şi a drepturilor omului

Psihoterapeuţii trebuie să respecte drepturile fundamentale ale omului, să respecte dreptul pacientului/clientului la demnitate, încredere, autodeterminare, confidenţialitate, intimitate. Psihoterapeuţii vor ţine cont în activitatea pe care o desfăşoară de diferenţele individuale, culturale, de rol, vârstă, sex, limbă, rasă, etnie, religie, origine naţională, statut economic, orientare sexuală, handicap, şi nu vor desfăşura sau tolera practici nedrepte, discriminatorii.

Responsabilitatea socială

Conştienţi de responsabilităţile lor profesionale faţă de comunitatea în care muncesc şi trăiesc, psihoterapeuţii vor căuta să contribuie la menţinerea şi crearea condiţiilor care să restabilească şi să menţină sănătatea psihologică / mentală. Psihoterapeuţii vor trebui să acorde atenţie şi să acţioneze în vederea atenuării cauzelor suferinţelor umane, respectând legea şi încurajând dezvoltarea politicilor sociale şi legislative care servesc intereselor pacienţilor/clienţilor lor. Psihoterapeuţii vor căuta să evite folosirea în scopuri inadecvate a activităţii sau a rezultatelor muncii lor.

Aspecte de ordin legislativ

Încălcarea normelor Codului Etic al FRP

Codul Etic constituie o bază pentru luarea de atitudine colectivă împotriva acelor comportamente care sunt apreciate drept încălcări fla-

grante ale principiilor eticii psihoterapeutice. Respectarea normelor codului constituie o obligație morală pentru membrii FRP. Cazurile de încălcare a prezentului Cod Etic vor fi evaluate în cadrul unei Comisii de Etică a FRP. Acțiunile considerate drept încălcări ale normelor prezentului Cod Etic implică sancțiuni plecând de la mustrare, până la retragerea calității de membru al FRP, precum şi informarea altor organizații profesionale cu privire la respectivele abateri.

ÎNTREBĂRI PENTRU CURSANȚI

1. *Explicați distincția dintre psihoterapie şi consiliere şi argumentați tipul de pregătire profesională necesară pentru cele două tipuri de intervenție psihologică.*

2. *Enumerați obiectivele care considerați că sunt potrivite pentru a fi urmărite într-un demers psihoterapeutic de scurtă durată (între 6 şi 10 şedințe).*

3. *Argumentați importanța evaluării stării pacientului în procesul psihoterapeutic şi tipul de instrumente la care ați apela într-o astfel de situație.*

4. *Care considerați că sunt motivele care au dus la elaborarea Codului deontologic al profesiei de psihoterapeut?*

BIBLIOGRAFIE

1. Holdevici Irina, *Elemente de psihoterapie*, Editura All, Bucureşti, 1996.

2. Holdevici Irina, Vasilescu Ilie, *Psihoterapia. Tratament fără medicamente,* Editura Ceres, București, 1993.

3. Ionescu Gheorghe, *Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie,* Editura Asklepios, Bucureşti, 1995.

4. Mitrofan Iolanda, *Orientarea experiențială în psihoterapie,* Editura SPER, Bucureşti, 2000.

Universitatea SPIRU HARET

II. **FACTORII CARE INTERVIN ÎN DERULAREA PROCESULUI PSIHOTERAPEUTIC**

II.1. **Elemente comune care caracterizează desfăşurarea procesului psihoterapeutic**

În orice formă de intervenţie psihoterapeutică, indiferent de şcoala sau curentul teoretic pe care se întemeiază, intervin o serie de elemente comune care asigură bunul mers sau eşecul acesteia. Principalele elemente sunt: *relaţia stabilită între psihoterapeut şi client, cadrul terapeutic şi atmosfera de eveniment a şedinţelor psihoterapeutice, dorinţa de schimbare a pacientului, asumarea de către pacient a responsabilităţii pentru propria existenţă, descărcarea emoţională* (catharsisul), *producerea* insight-*urilor.*

II.1.1. *Relaţia stabilită între psihoterapeut şi client*

Este important ca relaţia psihoterapeut-client să se constituie ca o relaţie de sprijin din partea terapeutului către pacient. Din acest punct de vedere, relaţia terapeutică este o relaţie unidirecţională: singurul beneficiar direct este persoana aflată în dificultate, iar terapeutul se află în situaţia de a oferi ajutor, fără a aştepta reciprocitate. Chiar dacă, în multe cazuri, o intervenţie reuşită îi oferă şi psihoterapeutului o stare de bine şi satisfacţie, nu acesta este scopul principal al psihoterapiei, ci un efect colateral. Dacă nu, avem de-a face cu ceea ce numim „beneficiul secundar" al terapeutului, care are nevoie de pacient, de încrederea şi apelul la ajutor al acestuia pentru a se simţi util. De aceea sunt indispensabile analiza personală a psihoterapeutului şi o activitate permanentă de supervizare care reduc riscul de a proiecta asupra pacientului (contratransfer) propriile conflicte nerezolvate. Timpul consultaţiei psihoterapeutice este un timp alocat în întregime şi necondiţionat clientului. Aceasta presupune, din partea psihoterapeutului, detaşarea temporară faţă de preocupările personale, suspendarea propriilor interese şi nevoi şi concentrarea atentă asupra lumii şi problematicii pacientului său. O

Universitatea SPIRU HARET

astfel de focalizare asupra clientului presupune antrenarea unor caracteristici şi abilităţi ale terapeutului, precum capacitate empatică, deprinderi de ascultare activă, sensibilitate faţă de mesaje verbale şi nonverbale, atenţie concentrată, răbdare etc. Relaţia psihoterapeutică eficientă se stabileşte ca o relaţie încărcată de căldură sufletească, de simpatie, bazată pe încredere, pe sentimentul de securitate, pe convingerea clientului că este cu adevărat înţeles.

II.1.2. *Cadrul terapeutic şi atmosfera de eveniment a şedinţelor psihoterapeutice*

În cabinetul de psihoterapie este necesară stabilirea unor reguli precise şi realizarea unei ambianţe specifice de lucru. Persoanele care se decid să apeleze la serviciile psihoterapeutice, de regulă, traversează dificultăţi în diferite planuri sau experimentează o stare de disconfort. Toate acestea le determină să caute explicaţii şi sprijin în depăşirea situaţiilor tensionate în care se găsesc. Aflându-se, de regulă, în momente de mare sensibilitate şi fragilitate psihică, comportamentul şi maniera în care terapeutul îi acompaniază capătă o importanţă crucială. Pentru a căpăta încredere în posibilitatea de schimbare şi de depăşire a obstacolelor întâmpinate, clientul are nevoie de o prezenţă securizantă, încurajatoare, stăpână pe sine şi, în acelaşi timp, dedicată în întregime sprijinirii sale. De aceea, este esenţial ca în minutele destinate consultaţiei, psihoterapeutul să fie prezent 100% pentru clientul său şi să se asigure că nu vor interveni situaţii neprevăzute sau perturbatoare. Este nerecomandabil, de pildă, ca terapeutul să iasă pentru ca să discute cu cineva care tocmai a bătut la uşă, să răspundă la telefon sau să se ocupe de altceva decât de situaţia clientului său în timpul şedinţei. Întârzierea frecventă a psihoterapeutului, contramandarea repetată sau chiar uitarea unor programări reprezintă, de asemenea, erori grave care denotă lipsă de profesionalism. Psihoterapia reprezintă un eveniment important în viaţa clientului şi eficienţa sa depinde în mare măsură şi de modul în care terapeutul marchează şi respectă acest lucru. Pentru bunul mers al oricărei terapii, cabinetul trebuie să fie un spaţiu special destinat întâlnirii cu clientul, în care să nu interfere alte persoane sau preocupări. De aceea se recomandă ca şedinţele terapeutice să nu se desfăşoare la domiciliul psihoterapeutului sau al pacientului, decât în situaţii extraordinare (de exemplu, atunci când pacientul este imobilizat la pat şi nu se poate deplasa). Din aceleaşi motive, este preferabil ca o consultaţie de psihoterapie să nu se realizeze într-un

Universitatea SPIRU HARET

salon de spital sau într-un spațiu improvizat, ci într-un cabinet confortabil şi mobilat adecvat[1]. O deosebită importanță o au stabilirea şi respectarea de comun acord, de către terapeut şi client, a unor reguli esențiale care asigură „cadrul terapeutic". Este vorba de stabilirea precisă a zilelor şi orelor de consultație, a duratei unei consultații, a condițiilor de întrerupere şi de reluare a terapiei, a onorariului şi a sistemului de plată, a importanței onestității în cadrul terapiei, a comportamentelor permise şi nepermise în cadrul relației terapeutice. Psihoterapeutul, fiind cel care conduce demersul terapeutic, propune şi asigură respectarea acestui sistem normativ, care are ca scop principal ordonarea mentală a pacientului, întărirea capacității de control şi autocontrol şi consolidarea unui sentiment de siguranță şi încredere în terapie.

II.1.3. *Dorința de schimbare a pacientului*

Dorinței de schimbarea a pacientului îi răspunde un terapeut care-l înțelege şi-l respectă pe cel din fața sa. Punctul de pornire a oricărei intervenții psihoterapeutice soldată cu succes îl constituie

[1] Pentru psihanaliştii freudieni clasici amenajarea cabinetului presupune un divan pe care stă întins confortabil pacientul în poziție semişezândă. În spatele său se află fotoliul psihanalistului care astfel poate observa şi nota toate reacțiile pacientului fără a se afla în câmpul său vizual. Neopsihanaliştii, ca şi marea majoritate a terapeuților contemporani, indiferent de orientare, optează acum pentru poziția față în față. Pentru situațiile în care se lucrează cu familii sau grupuri de clienți, scaunele, fotoliile sau salteluțele se aşează în cerc, astfel încât fiecare dintre participanți să se vadă cu fiecare. O regulă de bază în aranjarea mobilierului este aceea ca în cabinetul psihoterapeutic să nu se aşeze un birou sau o masă între terapeut şi client (clienți), ceea ce din punct de vedere psihologic ar crea o barieră în comunicare şi inegalitate între cele două părți aflate de o parte şi de alta a biroului. In plus, o masă poate ascunde multe dintre semnalele nonverbale pe care terapeutul le poate altfel valorifica în contextul şedinței. Se pot folosi însă măsuțe mici sau o masă aşezată lateral dacă este nevoie de suport pentru desen, modelaj sau alte tehnici psihoterapeutice. In funcție de specificul activității psihoterapeutice desfăşurate, cabinetul de psihoterapie poate dispune de amenajări speciale. De pildă, un studio de psihodramă presupune o scenă şi un spațiu destinat auditoriului, recuzită şi o instalație de lumină care să permită punerea în scenă, cât mai aproape de realitate, a unor secvențe din lumea interioară a protagonistului. Un cabinet de terapie corporală este dotat cu saltele, pături, pernuțe, prosoape, în timp ce într-un cabinet în care se lucrează cu copii este obligatoriu să existe jucării, marionete, culori şi plastilină, jocuri pentru diverse categorii de vârstă etc.

Universitatea SPIRU HARET

motivația clientului. Fără dorința și acordul acestuia de a încerca să schimbe ceva în propria structură și funcționalitate psihică, competența și bunăvoința terapeutului rămân neputincioase. De aici și eșecul multor tentative psihoterapeutice în fața unor persoane „aduse" sau „trimise" la cabinet împotriva voinței lor (vezi cazul copiilor sau adolescenților aduși de părinți, soțului sau soției împinși de partenerul conjugal, persoanelor cu tulburări de personalitate sau alte tulburări psihice trimise de cabinete medicale sau diverse instituții). Motivația intrinsecă rămâne condiția *sine qua non* a reușitei oricărei terapii.

II.1.4. *Asumarea de către pacient a responsabilității pentru propria existență*

Asumarea responsabilității de către pacient este o condiție strâns legată de cea precedentă. În terapie este important ca un pacient care se simte constrâns de împrejurările din viața sa să fie ajutat să aprecieze în ce fel a contribuit el însuși la această situație (alegând, de exemplu, să rămână căsătorit sau să păstreze două slujbe sau să îngrijească trei câini ș.a.m.d.). Terapeutul are de descoperit ce rol joacă clientul în propria sa dilemă, apoi are sarcina să găsească modalități de a-i comunica pacientului acest insight. Până când clientul nu realizează că el însuși este cel care-și creează propriul disconfort, nu va fi realmente motivat să se schimbe. Pentru pacienții care nu vor să accepte această responsabilitate, care persistă în a-i blama pe alții – persoane sau forțe din afară – pentru disconfortul pe care-l simt, nu este posibilă o terapie reală. În schimb, înțelegerea și asumarea responsabilității îi oferă în timp clientului un sentiment de siguranță, putere, mobilizarea pentru a-și conduce și gestiona viața conform propriilor nevoi.

II.1.5. *Descărcarea emoțională (catharsis)*

Descărcarea cathartică ia de cele mai multe ori forma plânsului, a suspinelor, a izbucnirilor de furie, de revoltă, a folosirii de gesturi sau cuvinte dure (bineînțeles, cu limitarea de rigoare, de a nu produce rău propriei persoane sau celor din jur). În foarte multe cazuri, educația primită încă de la vârste timpurii, cerințele sociale, dorința de a-i proteja sau teama de a nu-i pierde pe cei apropiați, îi fac pe oameni să ascundă sau să nu-și permită să exprime o serie de resentimente ori de suferințe. Astfel, în loc să protesteze când li se face o nedreptate, aleg să tacă și să se consoleze cu ideea că „nu este frumos să te cerți".

Universitatea SPIRU HARET

În loc să jelească pierderea unei fiinţe dragi, aleg să se comporte „demn", „să nu se dea în spectacol" şi să sufere în tăcere. În loc să ceară persoanelor din jur lucrurile pe care şi le doresc şi să se bucure atunci când le primesc, aleg să rămână frustrate, să se simtă neiubite şi neglijate, pentru că au interiorizat norma conform căreia „ nu e bine să ceri şi să-ţi creezi obligaţii". Bineînţeles, în fiecare dintre aceste exemple este vorba despre alegeri neconştientizate în mod explicit, dar care se produc în viaţa curentă aproape în fiecare zi. Rezultatul este o acumulare de tensiuni intrapsihice care determină o stare de nemulţumire acută, o imagine de sine prăbuşită şi uneori izbucniri neaşteptate şi nejustificate de context. Sunt acuze ale multora dintre pacienţi, iar descărcarea afectivă (*catharsisul*) este un pas esenţial în evoluţia oricărei psihoterapii. În atmosfera terapeutică securizantă, *catharsisul* înseamnă exprimarea liberă şi deschisă a trăirilor afective, înlăturarea mecanismelor de apărare, acceptarea propriilor emoţii şi sentimente şi a propriului eu.

II.1.6. *Producerea insight-urilor*

Insight-ul constă în înţelegerea bruscă, intuitivă a unor conflicte şi mecanisme psihologice personale, a anumitor lucruri pe care persoana nu le sesizase anterior, în ciuda importanţei lor. Producerea *insight*-urilor se realizează pe baza prelucrării materialelor produse de client, împreună cu clientul. În decursul psihoterapiei, la obţinerea *insight*-urilor se poate ajunge folosind metode diferite: fie prin asociaţii libere sau analiza viselor şi a actelor ratate (ca în psihanaliză), fie prin discutarea situaţiilor de viaţă, a credinţelor şi comportamentelor repetitive şi aprofundarea înţelegerii lor (ca în cazul terapiilor comportamentale), fie prin provocarea şi clarificarea unor strategii de acţiune evidenţiate în urma unor tehnici provocative (ca în terapiile experienţiale) etc. De regulă, aceste „iluminări intuitive" se produc iniţial în urma intervenţiei nemijlocite a psihoterapeutului, care îl ghidează pe pacient în demersul său de autoexplorare şi îi oferă, direct sau indirect, interpretări. Interpretările făcute corect iau forma unor explicaţii care sunt acceptate total de client şi îl ajută să perceapă lumea şi propria sa funcţionare dintr-o altă perspectivă. Ele oferă răspuns la multe dintre întrebările: „de ce?" „cum?" „în ce fel?", îi permit pacientului să îşi înţeleagă experienţa de viaţă ca având o structură coerentă. Prin aceasta se creează premisele pentru obţinerea unui sentiment de siguranţă, de încredere în posibilitatea de autocontrol şi de gestionare a propriei vieţi. **Tobie Nathan** definea, în

Universitatea SPIRU HARET

genere, simptomul psihic drept „un text ieşit din context", (**Tobie Nathan**, 2001) pentru care orice terapie eficientă îşi propune găsirea şi reîncadrarea acestui „text" în „contextul" căruia îi aparţine. Este ceea ce psihoterapeutul îşi propune prin interpretările făcute, care au ca scop ultim producerea *insight*-urilor. În terapie, *insight*-urile permit treptat autoînţelegerea şi acceptarea propriei persoane, a relaţiilor cu ceilalţi, a sentimentelor, atitudinilor şi motivaţiilor propriilor comportamente. Pe măsură ce pacientul devine conştient de modul său de funcţionare psihică, de posibilităţile şi limitele proprii, îşi formează şi abilitatea de a găsi singur explicaţii şi de a-şi decodifica mesajele transmise de inconştient. Este scopul final al oricărei psihoterapii reale: obţinerea autonomiei clientului.

II.2. **Compatibilitatea terapeut-client**

Buna desfăşurare a procesului terapeutic depinde în principal de trei categorii de variabile care converg şi interacţionează între ele:

1. *particularităţile pacientului*: structura de personalitate, nivelul intelectual, vârsta, sexul, cultura şi mediul de proveniență, sistemul său de credinţe etc.
2. *particularităţile psihoterapeutului*: trăsături de personalitate, orientarea psihoterapeutică de care aparţine şi metodologia utilizată, vârsta, experienţa psihoterapeutică, competenţa etc.
3. *factorii externi*: situaţie economică (dificultăţi materiale sau pierderea statutului economic, profesional), stres, frustrări ale vieţii cotidiene, relaţii familiale şi profesionale, distanţa dintre rezidenţa clientului şi cabinetul psihoterapeutic etc.

Aceste variabile acţionează întotdeauna în interdependenţă, influenţându-se reciproc. Dacă uneori factorii externi sunt mai dificil de urmărit şi controlat, modul în care se combină caracteristicile psihoterapeutului şi cele ale clientului în cadrul relaţiei terapeutice nu poate fi nicidecum ignorat. Astfel, eficienţa demersului în psihoterapie depinde în mare măsură de „compatibilitatea" terapeut-client. Dacă, de exemplu, din punct de vedere al tipului temperamental, un terapeut coleric lucrează cu un pacient melancolic, se poate întâmpla ca ritmul său să fie uneori prea alert pentru clientul pe care îl are în faţă. În unele momente, din dorinţa de a evolua mai repede, conform ritmului său personal, poate să-şi piardă răbdarea, să-l grăbească pe client, nerespectând timpul de elaborare mai lent de care are acesta nevoie. În sens invers, un terapeut flegmatic în interacţiune cu un pacient

sangvinic sau coleric poate fi uneori perceput, din cauza vitezei de reacţie inferioară celei a clientului său, ca inert, neinteresat sau depăşit de situaţie. Aceasta nu înseamnă că un psihoterapeut cu temperament sangvinic nu poate lucra cu un pacient flegmatic sau că un client de tip extravert nu poate fi acompaniat de un terapeut de tip introvert ş.a.m.d. Este important ca psihoterapeutul, cel care este principalul responsabil de buna funcţionare a interacţiunii cu clientul, să fie conştient de aceste diferenţe şi să le utilizeze, atunci când se poate, în favoarea procesului terapeutic (un pacient coleric poate învăţa autocontrolul din relaţia cu un terapeut flegmatic, după cum un client introvertit poate începe să se orienteze mai mult către exterior în urma interacţiunii cu un terapeut extravertit). La fel de important, însă, este ca psihoterapeutul să fie conştient de propriul mod de funcţionare psihică, de posibilităţile şi limitele sale, care nu-i permit să fie la fel de eficient în orice tip de relaţie. Fiecare persoană şi, firesc, fiecare psihoterapeut este caracterizat printr-o serie de tendinţe: obsesionale, compulsive, histrionice, anxioase, depresive, demonstrative etc. Acestea, fără a fi patologice, îi definesc structura de personalitate, îi modelează şi îi orientează comportamentul într-un anumit mod. Primul pas în formarea oricărui terapeut îl constituie conştientizarea şi acceptarea propriilor tendinţe. În momentul acesta devine explicit şi tipul de cazuistică la care se va raporta cel mai eficient: cel cu tendinţe maniacale va înţelege şi va acompania cel mai bine pacienţii expansivi, cazurile de fobii sau atacuri de panică vor răspunde pozitiv la intervenţia unui terapeut cu tendinţe anxioase etc. În aceeaşi idee se încadrează şi constatarea conform căreia de multe ori pacienţii au o mai mare încredere şi reacţionează mai bine la un psihoterapeut care a trecut printr-o situaţie asemănătoare cu a lor şi a depăşit-o (vezi situaţia persoanelor dependente de alcool sau de drog, victime ale violurilor etc.) De asemenea, de multe ori vârsta este un element important pentru modul în care clientul se raportează la psihoterapeutul său. Persoanele adulte tind să acorde credit psihoterapeuţilor mai vârstnici, pe care îi percep ca având mai multă experienţă şi capacitatea de a înţelege realităţi complexe, ca: relaţiile de cuplu şi familiale, parentalitatea, problemele legate de înaintarea în vârstă ş.a. Adolescenţii şi tinerii optează de multe ori pentru terapeuţi tineri, pe care îi simt mai aproape de realitatea lor şi mai apţi să le înţeleagă neliniştile şi nemulţumirile. Pe de altă parte, în funcţie de problematica pentru care individul apelează la ajutor de specialitate, aceste preferinţe se pot modifica. De pildă, un tânăr poate dori să lucreze cu un psihoterapeut de vârsta părinţilor sau bunicilor săi, pentru a obţine

Universitatea SPIRU HARET

suportul afectiv sau a profita de înțelepciunea unei astfel de persoane. Un pacient de vârsta a treia poate beneficia de prezența tonică a unui psihoterapeut tânăr, care să-i revitalizeze resursele şi să-i stimuleze pofta de viață şi de acțiune.

II.3. **Adaptarea tipului de abordare psihoterapeutică la problematica clientului**

În funcție de apartenența la o orientare terapeutică sau alta, fiecare psihoterapeut abordează pacienții cu care lucrează într-o anumită manieră, foloseşte anumite tehnici de lucru, se orientează către un demers de lungă sau de scurtă durată. Tipurile de probleme pentru care oamenii se adresează psihoterapiei sunt extrem de variate şi rezolvarea acestora nu se face nicidecum după un model unic, general valabil. Am putea afirma chiar că una dintre cauzele apariției unui număr atât de mare de şcoli terapeutice este tocmai heterogenitatea problemelor psihice şi că fiecare curent psihoterapeutic îşi dovedeşte eficiența în tratarea unora dintre ele, fără a se constitui într-un panaceu universal. Dacă demersul psihanalitic clasic este socotit cel mai potrivit pentru o nevroză de tip conversiv, el este, în schimb, contraindicat în cazul unui pacient depresiv, pe care îl poate adânci şi mai mult în ruminații şi idei negative. În plus, intervenția psihanalitică se pretează doar la o anumită categorie de pacienți, cu un anumit nivel de elevație şi cu o motivație puternică. În literatura de specialitate americană apare chiar sintagma *YARVIS* pentru a defini această categorie de pacienți care trebuie să fie: *young* (tineri), *attractive* (atrăgători), *rich* (bogați, cu mijloace financiare suficiente pentru a plăti o cură psihanalitică de lungă durată), *verbal* (cu capacitate de verbalizare), *intelligent* (inteligenți) şi *social* (persoane sociale, sociabile, cu anturaj) pentru a putea profita de pe urma psihanalizei. Pentru pacienții depresivi este indicată mai degrabă o abordare cognitiv-comportamentală de modificare şi înlocuire a gândurilor iraționale cu idei adaptative sau un demers experiențial bazat pe activarea resurselor energetice blocate ale clientului. Terapiile comportamentale, cele cognitiv-comportamentale şi tehnicile de relaxare pot fi utilizate cu succes în tratarea unor fobii sau atacuri de panică, dar limita acestor intervenții este că pot duce la înlăturarea simptomului fără a găsi şi interveni asupra substratului psihologic al acestuia. Cauza rămânând astfel neatinsă, poate genera în viitor o recidivă sau un alt simptom. Crizele existențiale, problemele relaționale şi de comunicare se pretează foarte bine la o abordare experiențială. În

Universitatea SPIRU HARET

cazul unor tulburări psihice cu un grad mai mare de gravitate sunt necesare demersuri psihoterapeutice specifice. Persoanele cu tulburări de personalitate nu răspund pozitiv la o intervenție verbală sau la tehnici de tip comportamental. În schimb, pot fi receptive la un demers psihoterapeutic corporal (cum ar fi, de pildă, analiza bioenergetică, terapia prin lovire) şi la lucrul în grup. Acestea le permit să se structureze într-un cadru securizant, bazat pe reguli clare, să intre în contact cu propria energie şi agresivitate, să-şi exploreze propriul sentiment de siguranță şi încredere în sine, raporturile cu legea şi cu reprezentanții acesteia. Pentru pacienții psihotici aflați în remisiune, cât şi pentru pacienții cu retard mintal sau în stadii involutive se pot utiliza o serie de tehnici artterapeutice (desen, modelaj, dansterapie, ritmoterapie), care se dovedesc mai eficiente atunci când sunt utilizate în grup. Ele pot stimula utilizarea unor resurse creative nefolosite până atunci, iar prin raportarea şi valorizarea în grup sporesc sentimentul de încredere în sine şi în ceilalți şi facilitează integrarea socială. Este bine ca psihoterapeutul, indiferent de pregătirea sa, să cunoască tipurile de probleme pe care le poate trata cu succes, iar pentru cele care îi depăşesc competența să aibă profesionalismul de a-şi recunoaşte limitele şi de a recomanda clientului un alt coleg, format în acea direcție. În plus, tendința actuală în psihoterapie este de formare continuă şi holistică, astfel încât terapeutul să ajungă să aibă la dispoziție un bagaj suficient de bogat de cunoştințe şi de tehnici, care să-i permită să abordeze o cazuistică cât mai variată. De altfel, în domeniul psihoterapiei, capătă amploare ideea conform căreia nu se poate vorbi despre o metodă unică de intervenție terapeutică şi nici despre categorii clare şi distincte de probleme psihice. Fiecare pacient este privit ca o entitate distinctă şi este tratat cât mai individual posibil. Terapia diferă de la caz la caz, fără a pretinde că există soluții sau reguli universal valabile. Ceea ce pentru un client sau pentru terapeut poate apărea ca rezolvarea ideală, pentru un alt client poate părea uneori absolut inacceptabil sau ineficient.[2]

[2] De exemplu, o pacientă abuzată frecvent de soț poate fi sfătuită cu bună-credință de cei din jur să divorțeze şi să-şi refacă viața. Soluția pare evidentă şi de bun simț. Dacă însă ea va lua o astfel de decizie, eventual susținută de consilierul său, dar fără să fi înțeles resorturile psihologice care au împins-o în această situație, fără să-şi fi conştientizat şi mobilizat resursele personale, fără să-şi fi restructurat imaginea de sine, poate constata cu surprindere că divorțul nu a rezolvat realmente problema. Ulterior se poate simți şi mai nefericită, singură, devalorizată şi, surprinzător, intră într-o nouă relație cu un alt bărbat, la fel de violent.

Universitatea SPIRU HARET

II.4. **Influenţele socio-culturale asupra reuşitei psihoterapiei**

Reuşita întâlnirii dintre psihoterapeut şi pacient depinde în mare măsură şi de mediul de proveniență al acestuia din urmă, de cultura căreia îi aparţine. O primă condiţie a eficienţei este limba, ca principal vehicul de conţinuturi psihice. Orice formă de terapie presupune şi verbalizare, exprimarea în cuvinte fiind modalitatea de fixare a oricărui *insight*, a oricărei transformări şi integrări la nivel psihologic. Dacă terapeutul nu vorbeşte foarte corect limba clientului său, riscă să piardă informaţii esenţiale, să nu înţeleagă ce i se comunică, să nu se facă bine înţeles şi, în felul acesta, să prejudicieze efectele terapiei. Chiar în cazul vorbitorilor aceleiaşi limbi, psihoterapeutul are nevoie să se adapteze permanent la nivelul de educaţie al pacientului, să folosească expresii şi explicaţii pe înţelesul acestuia, să formuleze întrebări clare şi să facă observaţii pe care cel din faţa sa să le poată înţelege şi asimila. Alături de limbă, un factor fundamental care-şi pune amprenta asupra procesului terapeutic este ansamblul de credinţe cu care pacientul vine în terapie şi care corespunde sistemului socio-cultural din care provine. O serie de psihoterapeuţi francezi, de exemplu, au constatat că de câte ori se pune problema tratării unor bolnavi emigranţi veniţi din Africa, din Maghreb, din Antile, „vindecătorii", în ciuda iraţionalităţii practicilor lor, se dovedesc mult mai eficienţi decât medicii înarmaţi cu toate cunoştinţele lor „ştiinţifice". Această realitate se explică prin faptul că metodele de vindecare tradiţionale ale vracilor corespund şi se adresează pertinent sistemelor de credinţe şi de valori ale acestor pacienţi. Etnopsihiatria şi etnopsihoterapia au apărut ca soluţii pentru astfel de situaţii. Fără a sacrifica exigenţa ştiinţifică necesară unui demers terapeutic, practicienii care lucrează cu cazuri de acest gen se pot inspira din procedeele tradiţionale pentru a ajuta realmente pacienţii proveniţi din alte culturi. Ca o continuare a exemplului de mai sus, un terapeut român care tratează un pacient francez nu poate face abstracţie de educaţia occidentală şi de predominanţa modelelor analitice în cultura de proveniență a clientului său. Aşa că va fi necesar să-şi adapteze demersul psihoterapeutic la modul de gândire şi de funcţionare al pacientului pentru a-l putea acompania eficient[3]. Un loc aparte în

[3] În cazul pacienţilor imigranţi sau stabiliţi temporar în altă ţară apar o serie de manifestări şi simptome specifice reunite sub denumirea de „sindromul expatrierii", datorate sentimentului de dezrădăcinare, de lipsă de apartenenţă la un grup de referinţă stabil, de pierdere a recunoaşterii şi poziţiei sociale, de renunţare la o serie de dorinţe şi nevoi personale.

Universitatea SPIRU HARET

sistemul de credinţe al pacienţilor îl deţin principiile şi valorile religioase. Este esenţial ca terapeutul să ţină cont şi să respecte această dimensiune spirituală în demersul său, chiar dacă convingerile sale sunt total diferite. Un terapeut ateu poate folosi credinţa în Dumnezeu a pacientului ca sursă interioară de curaj şi de sens; ar fi însă inacceptabil să încerce să-l convingă că divinitatea nu există şi convingerile sale nu pot fi susţinute ştiinţific, de exemplu. În aceeaşi idee, un terapeut cu convingeri religioase ferme poate folosi această resursă dacă pacientul o cere, dar nu este nicidecum recomandabil să încerce cu orice preţ să-l convertească, ignorându-i credinţele şi nevoile reale. Bineînţeles, eficienţa întâlnirii terapeutice creşte atunci când terapeutul şi clientul împărtăşesc convingeri şi valori convergente sau atunci când pacientul are deschiderea pentru a primi şi asimila elemente noi în cadrul psihoterapiei.

II.5. **Importanţa mediului familial de proveniență al pacientului în desfăşurarea procesului terapeutic**

Alături de mediul cultural (ca macrosistem), asupra desfăşurării procesului terapeutic îşi pun amprenta şi mediul familial, profesional, anturajul (ca microsisteme) cărora le aparţine clientul. Conştientizarea acestui fapt de către psihologi a dus la apariţia psihoterapiilor de cuplu şi de familie, ca o completare sau înlocuire, în unele cazuri, a terapiei individuale sau a terapiei copilului. Adeseori persoana care ajunge la psihoterapie exprimă, de fapt, suferinţa unei reţele familiale distorsionate. Este vorba de aşa-numiţii copii-simptom sau soţi-simptom care prin tulburarea lor atrag atenţia asupra unui sistem familial deteriorat sau menţin în familie nişte legături care altfel ar risca să se rupă. În unele cazuri mediul familial al pacientului este atât de perturbat, încât orice progres obţinut în cadrul terapiei este subminat permanent de cei de acasă. Lipsa de afecţiune, agresivitatea, respingerea sau indiferenţa, subminarea sistematică a imaginii de sine (prin remarci negative de genul: „nu eşti în stare de nimic”, „mai îngrijeşte-te şi tu, uită-te în ce hal arăţi” sau aparent pozitive, de tipul: „lasă că fac eu, tu eşti mic şi nu poţi”), existenţa de secrete şi tabuuri anxiogene (secrete referitoare la relaţii extraconjugale, copii ilegitimi, decese, sinucideri în familie, plecarea de acasă sau încarcerarea unor rude, tabuuri privind subiecte ca sexualitatea, divorţul etc.), lipsa de încredere şi de comunicare sunt de multe ori constante ale atmosferei în care trăiesc clienţii ce solicită sprijin psihoterapeutic. În literatura

de specialitate este descris chiar termenul de „familie schizofrenogenă", caracterizată prin mesaje duble şi contradictorii (de genul: îţi spun că te iubesc, dar te resping; îţi spun că nu eşti bun de nimic, dar nu-ţi dau voie să te îndepărtezi), lipsite de coerenţă şi care produc în cel care le recepţionează disociere, ambivalenţă şi confuzie. Alteori anturajul este cel care condiţionează şi întreţine un comportament inadecvat, fără ca pacientul să conştientizeze toate implicaţiile acţiunilor sale. De aceea, în unele situaţii, succesul demersului terapeutic presupune şi o intervenţie asupra mediului în care trăieşte pacientul sau ieşirea lui din acel mediu (sub forma divorţului, separării de părinţi, întreruperii unor relaţii împovărătoare sau riscante etc.)

II.6. **Calităţile psihoterapeutului eficient**

Putem adăuga la această listă de elemente care determină evoluţia demersului psihoterapeutic *calităţile psihoterapeutului eficient***.** Indiferent de orientarea terapeutică de care aparţine, este important ca terapeutul să dea dovadă de o *capacitate empatică* dezvoltată, care să-i permită să „se pună în pielea" clientului său, să-i înţeleagă sistemul de credinţe şi de valori, să intre în rezonanţă cu nevoile, trăirile şi dorinţele acestuia, astfel încât să-l poată însoţi realmente în demersul de autocunoaştere şi de restructurare personală. Psihoterapeutul are datoria de a şti să menţină *echilibrul* adecvat între implicarea emoţională şi distanţarea afectivă faţă de pacient şi problematica acestuia. Psihoterapia presupune o *atitudine caldă, suportivă, de înţelegere şi acceptare* din partea terapeutului, fără însă a se identifica cu clientul, fără a-i prelua neliniştile şi suferinţele, pentru că în felul acesta nu-l mai poate asista eficient. Cel care apelează la terapie nu are nevoie numai de un umăr pe care să plângă şi, cu atât mai puţin, de cineva care să plângă împreună cu el; el simte nevoia unei prezenţe ferme, calme, care poate suporta durerea şi suferinţa umană fără să fie copleşită şi care poate insufla curaj şi poftă de viaţă.[4] De aceea, relaţia psihoterapeutică necesită, în acelaşi timp, *obiectivitate, realism* şi *atenţie* din partea terapeutului, care să-i permită acestuia să se detaşeze de problematica pacientului, rămânând în contact permanent cu omul din faţa sa. O calitate importantă cerută

[4] De asemenea, nu este acceptabilă implicarea terapeutului împreună cu pacientul în activităţi sau relaţii care contravin deontologiei profesionale (afaceri, relaţii sexuale etc.).

Universitatea SPIRU HARET

de exercitarea profesiei de psihoterapeut este *flexibilitatea*, *capacitatea de adaptare* creativă şi continuă la situaţia şi persoana concretă cu care lucrează. Dat fiind faptul că nu există două persoane cu aceeaşi structură sau cu aceeaşi problematică psihică, precum şi acela că în psihoterapie fiecare caz reprezintă un univers ce se cere descoperit, *mobilitatea* şi *maleabilitatea* terapeutului în a-şi alege instrumentele de lucru şi maniera de abordare a clientului sunt atuuri de necontestat. De asemenea, *creativitatea* şi *curajul* de a explora unele direcţii mai puţin cunoscute sau incomode, combinate cu *intuiţia* şi *bunul simţ* dau adesea cele mai bune rezultate. *Respectul faţă de om*, în general, şi faţă de persoana din faţa sa, în particular, constituie un alt atribut al terapeutului eficient şi care se îmbină strâns cu *onestitatea.* În lucrul cu omul *sinceritatea* este o condiţie de bază, iar lipsa ei este resimţită imediat şi amendată prin deteriorarea relaţiei. Alături de aceste calităţi generale, care pot fi modelate şi cultivate în măsuri diferite în cursul procesului de formare profesională şi în cadrul terapiei personale, fiecare psihoterapeut deţine o serie de atribute individuale, care-l particularizează şi care îi definesc stilul de lucru. Unii terapeuţi pot fi mai activi, directivi, provocativi, în timp ce alţii sunt mai non-directivi, suportivi, analitici. Unii sunt orientaţi mai degrabă către acţiune, alţii către verbalizare. Fiecare dintre aceste stiluri are avantajele şi limitele sale, se potriveşte mai mult sau mai puţin anumitor categorii de pacienţi. Ceea ce este însă incontestabil, deşi greu de explicat ştiinţific, este faptul că eficienţa unor psihoterapeuţi este mai mare decât a altor colegi de breaslă cu aceeaşi pregătire, cu acelaşi tip de experienţă, care folosesc aceleaşi metode. Se pare că factorul care intervine în plus este ceea ce se numeşte *charismă*, termen greu de definit, dar care se referă în genere la talentul sau vocaţia pentru această profesie. Aşa cum se întâmplă în cazul oricărei profesii, există persoane cu înclinaţie şi calităţi potrivite exercitării acestei profesii, după cum există şi persoane total nepotrivite pentru această meserie.

În genere, terapeutul, fără a-şi propune în mod expres acest lucru, devine un model pentru clientul cu care intră în relaţie terapeutică. În acest sens, chiar prezenţa, aspectul fizic, expresivitatea sa verbală şi corporală şi, mai ales, echilibrul psihic, capacitatea sa de relaţionare şi de comunicare, adecvarea sa la realitate sunt esenţiale pentru a se constitui într-un model valabil, adaptativ şi de încredere pentru pacient. Este puţin probabil ca un terapeut cu facies depresiv, cu cearcăne şi semne vizibile de oboseală, îmbrăcat neglijent, care

Universitatea SPIRU HARET

prezintă defecte de vorbire sau care afişează semne vizibile de stânjeneală, se foieşte pe scaun, se bâlbâie şi tremură emoţionat în timpul dialogului terapeutic să inspire siguranţă clientului.

Uneori aspiranţii la profesia de psihoterapeut tind, de fapt, inconştient către un statut de autoritate în relaţie cu persoane aflate în situaţie de vulnerabilitate psihică, încercând să compenseze în acest fel un sentiment de inferioritate sau de insecuritate personală. Alteori intervine patternul inconştient de salvator, care-şi propune să salveze cu orice preţ persoanele din jur, chiar împotriva voinţei sau intereselor acestora. Şi nu puţini sunt cei care se orientează către psihoterapie (şi către psihologie, în general) căutând să-şi rezolve o serie de probleme personale: timiditate, anxietate, dificultăţi de relaţionare sau chiar tulburări psihice grave. Există persoane care îşi imaginează uneori în mod eronat că urmarea unei şcoli, citirea de lucrări de specialitate sau audierea de cursuri pot substitui un demers sistematizat de autoexplorare şi de autocunoaştere personală, singura modalitate eficientă de soluţionare a problemelor de factură psihică. Din aceste consideraţii derivă obligativitatea pentru cel care vizează formarea psihoterapeutică de a-şi conştientiza motivaţia reală care-l împinge spre această meserie, de a-şi aprecia corect calităţile şi limitele care se potrivesc sau nu cerinţelor profesiei şi de a acorda o atenţie la fel de mare analizei sale personale pe lângă pregătirea teoretică.

II.7. **Categoriile de probleme cu care se confruntă psihoterapia**

Psihoterapeutul se întâlneşte de-a lungul practicii sale cu o varietate de solicitări şi de situaţii, dintre care unele se pretează la o abordare psihoterapeutică, altele nu. De aceea, este important de ştiut încă de la început că există o multitudine de probleme care pot fi abordate cu succes şi soluţionate prin psihoterapie, în timp ce altele pot beneficia doar într-o mică măsură de ajutor psihoterapeutic, acesta fiind folosit doar în calitate de adjuvant pe lângă alte metode principale de tratament. În fine, există alte categorii de probleme pentru care psihoterapia este absolut ineficientă, ba uneori chiar contraindicată. Iată pe scurt, o trecere în revistă a principalelor categorii de probleme care se adresează psihoterapiei (alături de care pot apărea însă o diversitate de alte situaţii):

Universitatea SPIRU HARET

1. Persoane cu *manifestări psihopatologice acute*, recent apărute, *consecința unor situații stresante (traumatizante)*. Este vorba despre condiții determinate de un eveniment stresant excepțional, precum: catastrofe naturale, situația de victimă a unui abuz violent, un accident grav etc. (reacții la stres sever) sau de o schimbare semnificativă de viață ce determină circumstanțe neplăcute continue, ca: decesul unei sau unor persoane apropiate, expatrierea, pierderea serviciului sau a statutului marital etc. (tulburări de adaptare). Simptomele sunt variate, de la perplexitate şi apatie până la agitație, anxietate, depresie, insomnie, hipoprosexie, manifestări somatice etc. şi pot fi abordate şi reduse cu succes prin psihoterapie, mai ales sub forma terapiei de suport.

2. Persoane care parcurg o *criză de dezvoltare* (criza de adolescență, criza de la 30 de ani, menopauza, andropauza etc.) sau *impas existențial* (întrebări legate de preocupările existențiale majore: viață, moarte, libertate, sens etc.). Astfel de cazuri beneficiază în mod eficient de ajutorul psihoterapeutic, mai ales de cel de tip umanist-experiențial, orientat către activarea şi utilizarea în viitor a resurselor personale.

3. Persoane cu *dificultăți de integrare şi relaționale* care se simt inadecvat în grup şi au dificultăți de comunicare cu ceilalți. Aceste persoane profită de pe urma psihoterapiei, care le permite să înțeleagă rădăcinile dificultăților de relaționare (mai ales printr-un demers analitic) şi îi poate sprijini în formarea de deprinderi relaționale şi de comunicare şi în modelarea de comportamente adaptative (printr-un demers comportamental sau experiențial). În astfel de cazuri, poate fi benefică şi integrarea într-un grup terapeutic, atunci când pacientul este pregătit, permițându-i exersarea deprinderilor nou achiziționate şi creşterea încrederii în sine şi în ceilalți.

4. Persoane cu *imagine de sine fragilă*, *instabilă,* nesigure, cu nivel de anxietate ridicat, cu idei eronate despre posibilitățile şi limitele personale, pot fi susținute psihoterapeutic printr-un demers care îşi propune întărirea Eu-lui, pozitivarea şi întărirea imaginii de sine, conştientizarea şi valorizarea propriilor resurse. Şi în astfel de situații se pot utiliza diferite modalități de abordare terapeutică: analitică, cognitiv-comportamentală,

Universitatea SPIRU HARET

experiențială etc., se poate combina psihoterapia individuală cu cea de grup.

5. Persoane cu *tulburări nevrotice* (depresive, anxioase, fobice, obsesiv-compulsive, disociative, somatoforme etc.). Domeniul tulburărilor nevrotice este cel în care psihoterapia este modul de intervenție recomandat prin excelență. În cazul în care simptomatologia este severă, se poate combina demersul psihoterapeutic cu tratamentul medicamentos până la reducerea intensității manifestărilor psihopatologice (de exemplu, un pacient extrem de anxios poate fi atât de neliniştit, încât nu se poate concentra în timpul şedinței terapeutice; în acest caz, medicația anxiolitică administrată la prescripția medicului psihiatru va permite reducerea anxietății la un nivel care să permită abordarea psihoterapeutică). De multe ori însă, tulburările nevrotice pot şi este preferabil să fie rezolvate doar prin psihoterapie, evitând spitalizarea, uzul de medicamente şi riscul de dependență. În funcție de motivația pacientului şi de urgența eliminării simptomelor, se poate proceda la un demers analitic de profunzime vizând sondarea şi înlăturarea cauzelor inconştiente care au condus la manifestarea nevrotică, la o abordare globală umanistă care să realizeze o clarificare şi o reorientare în sens constructiv a potențialului psihic blocat sau la un demers comportamental de reducere țintită a simptomelor deranjante.

6. Persoane cu *tulburări psihosomatice* (astm psihogen, ulcer, hipertensiune arterială, dermatite, eczeme etc.) ale căror manifestări somatice au o natură psihogenă. În cazul unor astfel de pacienți, adeseori tratamentul medicamentos se dovedeşte puțin eficient sau ineficient, dat fiind faptul că simptomul care se manifestă la nivel corporal nu este altceva decât o metaforă ce exprimă o suferință psihică (de exemplu: mă sufocă relațiile cu cei din familie şi pentru că nu pot spune asta explicit, o exprim metaforic prin crizele de astm; mă înfurie lipsa de comunicare cu partenerul, dar cum nu îmi recunosc şi nu îmi exprim supărarea, asta mă roade pe dinăuntru sub forma ulcerului ş.a.). Apelul la psihoterapie în astfel de situații permite atingerea cauzelor reale ale simptomelor, descifrarea metaforelor psihosomatice şi restabilirea sănătății mentale şi organice.

Universitatea SPIRU HARET

7. Persoane care suferă de *boli organice cronice*, eventual cu evoluție către exitus (cancer, SIDA, leucemie, infirmități organice, tetraplegie, scleroză în plăci, diabet etc.). Deşi în astfel de situații este evident că intervenția psihoterapeutică nu poate conduce la vindecare, ea este binevenită în sensul de terapie suportivă, de acompaniere a acestor pacienți, de susținere în confruntarea cu boala şi, eventual, de orientare către dimensiunea spirituală. De asemenea, în unele cazuri pot fi folosite cu succes tehnici de sugestie şi relaxare în scopul diminuării durerii, a anxietății sau a altor simptome.

8. Persoane cu *tulburări de personalitate* (paranoidă, schizoidă, disocială, de tip borderline, anxioasă, histrionică etc.) sau aşanumiții psihopați, care adeseori sunt aduşi ori trimişi la psihoterapie de diverse instituții (spital, şcoală, procuratură etc.) sau de familie. Tulburarea de personalitate este definită în literatura de specialitate (ICD-10, DSM-IV) ca un pattern de comportament adânc înrădăcinat şi durabil, care deviază considerabil de la expectațiile culturii individului, cu debut în adolescență şi continuare în viața adultă, stabil în decursul timpului şi care duce la disstres sau deteriorare. Încă din această definire care accentuează caracteristica de durabilitate şi stabilitate a tulburărilor de personalitate apare evident că intervenția psihoterapeutică nu poate modifica semnificativ structura psihică a pacientului. Sub rezerva acceptării faptului că nu se pot obține schimbări majore, cu astfel de clienți se poate lucra corporal sau în reuniuni de grup, mai ales în direcția conştientizării efectelor propriilor acțiuni, a dobândirii controlului şi integrării sociale.

9. Pacienții *psihotici* (schizofrenie, tulburări delirante, tulburări ale dispoziției afective etc.) sunt considerați cazurile cele mai grave de tulburare mentală. În timpul episoadelor psihotice, singurul tratament eficient şi recomandabil este cel medicamentos, în funcție de tipul de tulburare. Psihoterapia poate fi folosită doar în fazele de remisiune, în completarea tratamentului psihiatric, asociată cu farmacoterapie (medicația de întreținere), terapie ocupațională şi socioterapie. Nici în aceste cazuri, aprecierea efectului psihoterapiei nu se face în termeni de vindecare, ci de păstrare sau recuperare a unor funcții deteriorate şi de reinserție socială a pacientului.

Universitatea SPIRU HARET

10. Persoane *dependente în urma utilizării de substanțe psihoactive* (alcool, droguri etc.). Intervenția psihoterapeutică este recomandabilă şi necesară pentru aceşti pacienți, dar numai în urma parcurgerii complete a unei cure de dezintoxicare şi în condițiile renunțării absolute la consumul de substanță psihoactivă. Intervenția psihoterapeutică îşi propune tratarea aşa-numitei „dependențe psihice", dar care este posibilă doar în urma tratării complete a dependenței fizice. Dată fiind dificultatea depăşirii etichetării sociale şi problemele legate de imaginea de sine, de reintegrarea socială a acestor persoane, deosebit de eficace, în completarea terapiei individuale, se dovedesc grupurile terapeutice de suport (gen Alcoolicii anonimi, Narcoticii anonimi ş.a.).

11. Persoane cu *tulburări sexuale* care se pot înscrie în mai multe categorii distincte: disfuncții sexuale (tulburări de erecție, dorință sexuală diminuată, vaginism, ejaculare precoce, anorgasmie etc.), parafilii (exhibiționism, fetişism, pedofilie, sadomasochism, voyeurism etc.), tulburări de identitate sexuală, tulburări de orientare sexuală. Mai ales în cazul disfuncțiilor sexuale, atunci când este complet înlăturată în urma investigațiilor medicale posibilitatea unor cauze organice, cea mai eficientă modalitate de tratament este cea psihoterapeutică. La ora actuală există chiar psihoterapeuți specializați în acest domeniu: este vorba despre sexologi şi cabinetele de sexologie. Cel mai adesea, disfuncțiile sexuale se tratează în cuplu (fie că este vorba de cuplul marital sau de parteneri stabili necăsătoriți). În privința celorlalte categorii de tulburări sexuale, eficiența psihoterapiei depinde de o multitudine de factori, dintre care cei mai importanți sunt: motivația de schimbare a clientului şi profunzimea demersului terapeutic.

12. Persoane cu *retardare mentală* nu pot beneficia de aportul psihoterapeutic, una dintre condițiile de bază pentru reuşita psihoterapiei fiind nivelul intelectual al clientului, care să-i permită înțelegerea şi asimilarea propunerilor terapeutice. Pentru persoanele cu deficiențe mentale se pot utiliza o serie de tehnici comportamentale pentru formarea de deprinderi de autoservire, pentru însuşirea de abilități ocupaționale, scopul principal fiind cel de dobândire a autonomiei, de învățare a unei meserii simple şi de socializare. Cel mai adesea aceste

Universitatea SPIRU HARET

persoane sunt instituționalizate în cămine-şcoli care le pot asigura educația şi îngrijirea necesare prin personal specializat. Păstrarea contactului cu familia rămâne însă de o importanță covârşitoare pentru evoluția lor psihologică.

13. Persoane cu *tulburări mentale organice* (demență, tulburări datorate leziunii, disfuncțiilor cerebrale sau bolilor somatice etc.). În astfel de cazuri, fiind vorba despre tulburări neurologice, intervenția psihoterapeutică are efect limitat sau nul, putând fi eventual recomandată ca terapie de suport. Mai degrabă psihoterapia poate fi un ajutor benefic pentru aparținătorii acestor pacienți (familie, prieteni apropiați), marcați de suferința persoanei bolnave.

14. Persoane cu *probleme în cuplu sau în cadrul familiei.* Dificultățile de funcționare a unor cupluri sau familii, în ciuda afecțiunii şi a dorinței de a rămâne împreună, pot fi abordate psihoterapeutic cu succes. Condițiile de pornire sunt: motivația partenerilor sau a membrilor familiei de a-şi schimba în sens pozitiv relațiile şi acceptul de a participa împreună la şedințele psihoterapeutice de cuplu sau de familie. Astfel, în prezent există cabinete şi terapeuți specializați în terapia de cuplu sau în terapia de familie, de obicei lucrându-se în echipe terapeut-coterapeut (pentru cupluri) sau terapeut-coterapeuți (pentru familii). În plus, una dintre ideile larg acceptate în ultimele decenii de către specialişti este aceea că suferința psihică nu este numai rezultatul unor interacțiuni intrapsihice perturbate. În egală măsură, pentru buna funcționare a individului contează mediul şi interacțiunile sociale şi, mai ales cele familiale, ale acestuia. De aceea, perturbarea funcționării unuia dintre membrii unei familii, adesea cel mai sensibil sau mai reactiv, nu este altceva decât expresia funcționării distorsionate a întregii familii. Lipsa de comunicare, lupta pentru putere, supraprotecția sau excesul de autoritate ş.a. sunt preluate de aşa-numitul „membru-simptom al familiei" care dezvoltă o tulburare psihică sau psihosomatică. Şi în astfel de cazuri se recomandă terapia de familie, deşi aparent ceilalți membri ai familiei nu prezintă nici un fel de acuze.

15. Persoane care solicită ajutor pentru *copii cu diferite probleme*: tulburări de învățare (dislexia, disgrafia etc.), tulburări de comunicare (balbism etc.), ticuri, tulburări de eliminare (enurezis,

Universitatea SPIRU HARET

encoprezis), tulburări de comportament şi deficit de atenţie ş.a. În marea majoritate a cazurilor, copiii sunt aduşi sau trimişi la psihoterapeut de părinţi sau de educatori. Este important, de aceea, ca psihoterapeutul să discearnă în ce măsură este vorba de un copil-simptom (vezi paragraful anterior), caz în care este recomandabilă mai degrabă terapia de familie. De asemenea, în funcţie de problematica prezentă, copilul poate fi îndrumat spre un serviciu de specialitate (pediatrie, logopedie) sau poate intra într-o cură psihoterapeutică cu un terapeut specializat în psihoterapia copilului.

16. Persoane *sănătoase, normale din punct de vedere psihic* (cu familie stabilă şi afectuoasă, realizate profesional, fără probleme de sănătate, materiale sau de altă natură) şi care se adresează serviciilor psihoterapeutice în scop de dezvoltare personală, de autocunoaştere şi de optimizare a propriilor capacităţi, de cultivare a creativităţii şi a capacităţii de rezolvare de probleme, de evoluţie în plan spiritual, de reglare mai bună şi conştientă a proceselor psihice, de clarificare a propriilor mecanisme intrapsihice şi a istoriei personale. Este tipul de cerinţă care exprimă elevaţia spirituală a omului modern şi care a dus la apariţia în ultima vreme a ceea ce am putea numi o „psihoterapie a normalului".

La această listă de situaţii problematice se pot adăuga, cu siguranţă, şi altele, cu nivel mai mare sau mai mic de specificitate. Din considerente didactice am propus această sistematizare, care apreciem că surprinde majoritatea cazurilor tipice în solicitarea de asistenţă psihoterapeutică.

În urma enumerării de mai sus, reiese că, într-o largă diversitate de probleme, intervenţia psihoterapeutică este recomandabilă şi eficientă, fie ca principală modalitate terapeutică, fie ca adjuvant al unei alte forme de tratament (farmacologic, chirurgical) sau de asistenţă (pedagogică, psihiatrică). Există şi subiecţi care nu beneficiază sau beneficiază minimal de avantajele psihoterapiei. Aceştia sunt:

– *deficienţii mentali*, care sunt incapabili să înţeleagă sensul interpretărilor, să ajungă la descoperirea cauzelor şi soluţiilor propriilor probleme şi să-şi asume responsabilitatea pentru propria evoluţie;

Universitatea SPIRU HARET

– *majoritatea persoanelor cu tulburări de personalitate*, care nu reuşesc să realizeze un contact uman bazat pe încredere şi respect reciproc;

– *unii pacienţi psihotici* (în special schizofreni), din cauza pierderii contactului cu realitatea.

Pentru astfel de cazuri este important ca psihoterapeutul să aibă cunoştinţele, abilitatea şi tactul necesare pentru a explica pacientului şi aparţinătorilor acestuia (familie, prieteni) ce se poate face şi ce nu, ce se poate obţine în urma psihoterapiei şi cât este de important apelul şi la alte forme de intervenţie calificată.

REZUMAT

În orice demers psihoterapeutic intervin o serie de elemente comune: (a) relaţia stabilită între psihoterapeut şi client; (b) cadrul terapeutic şi atmosfera de eveniment a şedinţelor psihoterapeutice; (c) dorinţa de schimbare a pacientului; (d) asumarea de către pacient a responsabilităţii pentru propria existenţă; (e) catharsisul; (f) producerea *insight*-urilor.

Compatibilitatea dintre terapeut şi client poate fi apreciată din mai multe puncte de vedere: temperament, tendinţe structurale, vârstă etc. Pentru reuşita terapiei este important ca psihoterapeutul, cel care este principalul responsabil de buna funcţionare a interacţiunii cu clientul, să fie conştient de similitudinile şi diferenţele dintre sine şi cel cu care lucrează şi să le utilizeze, atunci când se poate, în favoarea procesului terapeutic. Esenţial este, de asemenea, ca psihoterapeutul să fie conştient de propriul mod de funcţionare psihică, de posibilităţile şi limitele sale, care nu-i permit să fie la fel de eficient în orice tip de relaţie.

Una dintre cauzele constituirii unui număr foarte mare de şcoli psihoterapeutice este diversitatea şi complexitatea problemelor psihice. Fiecare curent psihoterapeutic îşi dovedeşte eficienţa în tratarea unora dintre ele, fără a constitui un panaceu universal. În plus, chiar în tratarea aceluiaşi tip de problemă, terapia diferă de la caz la caz, fără a pretinde că există soluţii sau reguli universal valabile. Fiind o entitate unică şi irepetabilă, fiecare pacient este privit şi tratat cât mai

Universitatea SPIRU HARET

individual posibil. De aceea, tendința actuală în psihoterapie este de formare continuă şi holistică, astfel încât terapeutul să ajungă să aibă la dispoziție un bagaj suficient de bogat de cunoştințe şi de tehnici, care să-i permită să abordeze o cazuistică cât mai variată şi să-şi adapteze flexibil maniera de lucru la persoana din fața sa.

Reuşita întâlnirii dintre psihoterapeut şi pacient depinde în mare măsură de mediul de proveniență al acestuia din urmă, de cultura căreia îi aparține. Limba utilizată de terapeut şi client, ca principal vehicul de conținuturi psihice, trebuie să permită înțelegerea reciprocă şi fixarea modificărilor produse în terapie. Alături de limbă, asupra procesului terapeutic îşi pune amprenta ansamblul de credințe cu care pacientul vine în terapie şi care corespunde sistemului socio-cultural din care provine. Un loc aparte în acest sistem de credințe îl dețin principiile şi valorile religioase. Este esențial ca terapeutul să țină cont şi să respecte convingerile şi dimensiunea spirituală a clientului, chiar dacă convingerile sale sunt total diferite.

Practica psihoterapeutică a arătat că adeseori persoana care ajunge la psihoterapie exprimă, de fapt, suferința unei rețele familiale distorsionate (de unde şi apariția terapiilor de cuplu şi de familie). Este vorba de aşa-numiții copii-simptom sau soți-simptom, cei care ajung la psihoterapie, dar care prin tulburarea lor atrag atenția asupra unui sistem familial deteriorat sau încearcă să mențină un echilibru fragil în familie. În literatura de specialitate este descris chiar termenul de „familie shizofrenogenă", caracterizată prin mesaje duble şi contradictorii, care produc în cel care le recepționează disociere, ambivalență şi confuzie. De aceea, în unele situații, succesul demersului terapeutic presupune şi o intervenție asupra mediului familial în care trăieşte pacientul sau scoaterea lui din acel mediu.

Printre calitățile terapeutului eficient enumerăm: capacitatea empatică, cea care-i permite să „se pună în pielea" clientului său, să intre în rezonanță cu nevoile, trăirile şi dorințele acestuia; o atitudine caldă, suportivă, de înțelegere şi acceptare aflată în echilibru cu capacitatea de detaşare care să-i permită obiectivitate, realism şi atenție; flexibilitatea, capacitatea de adaptare creativă şi continuă la situația şi persoana concretă cu care lucrează; mobilitatea şi maleabilitatea în a-şi alege instrumentele de lucru şi maniera de abordare potrivită; creativitatea şi curajul combinate cu intuiția şi bunul simț; respectul față de om şi onestitatea. De asemenea, pentru a surprinde succesul unor terapeuți considerați ca având talent sau vocație pentru această profesie, se foloseşte termenul de charismă. În plus, prezența, aspectul fizic,

expresivitatea sa verbală şi corporală şi, mai ales, echilibrul psihic, capacitatea de relaționare şi de comunicare, adecvarea terapeutului la realitate sunt esențiale pentru relația cu pacientul care îl percepe ca pe un model încurajator, adaptativ şi de încredere.

La asistență psihoterapeutică apelează persoane cu probleme extrem de variate. Dintre acestea, multe pot fi abordate cu succes şi soluționate prin psihoterapie, în timp ce altele pot beneficia de ajutor psihoterapeutic doar în calitate de adjuvant, pe lângă alte metode principale de tratament. De asemenea, există categorii de probleme sau situații în care psihoterapia este ineficientă, ba uneori chiar contraindicată. Pot fi tratate psihoterapeutic: persoane cu manifestări psihopatologice acute, consecința unor situații stresante; persoane care parcurg o criză de dezvoltare sau un impas existențial; persoane cu dificultăți de integrare şi relaționale; persoane cu imagine de sine fragilă; persoane cu tulburări nevrotice; persoane cu tulburări psihosomatice; persoane cu disfuncții sexuale; persoane cu probleme în cuplu sau în cadrul familiei; copii cu diferite probleme (enurezis, ticuri, dislexie etc.); persoane sănătoase, normale din punct de vedere psihic, care doresc un demers de dezvoltare personală. Psihoterapia poate fi folosită complementar tratamentului medicamentos pentru persoane care suferă de boli organice cronice, persoane dependente în urma utilizării de substanțe psihoactive (numai după parcurgerea completă a curei de dezintoxicare şi în condițiile renunțării absolute la consumul de substanță psihoactivă); persoane cu tulburări mentale organice. Subiecții care nu beneficiază sau beneficiază minimal de avantajele psihoterapiei sunt: deficienții mentali, majoritatea persoanelor cu tulburări de personalitate, unii pacienți psihotici (în special schizofreni).

CONCEPTE-CHEIE

Relație psihoterapeutică – Relația psihoterapeutică este o relație de îngrijire profund umană, de încredere, de respect reciproc în care ambii participanți sunt motivați pentru reducerea suferinței pacientului prin interacțiuni conştiente, stabilite în urma unui acord terapeutic. Reprezintă o relație de sprijin din partea terapeutului către pacient, deci o relație unidirecțională: singurul beneficiar direct este persoana aflată în dificultate, iar terapeutul se află în situația de a oferi ajutor, fără a aştepta reciprocitate.

Universitatea SPIRU HARET

Cadru terapeutic – În demersul terapeutic este recomandabilă respectarea unui sistem de reguli esențiale care reprezintă cadrul terapeutic (zilele şi orele de consultație, durata unei consultații, condiții de întrerupere şi de reluare a terapiei, onorariul, comportamentele permise şi nepermise în cadrul relației terapeutice). Psihoterapeutul este cel care propune şi asigură respectarea cadrului terapeutic, ce are ca scop principal ordonarea mentală a pacientului, întărirea capacității de control şi autocontrol şi consolidarea unui sentiment de siguranță şi încredere în terapie.

Catharsis – Reprezintă descărcarea afectivă a tensiunilor intrapsihice acumulate, a unor afecte nedescărcate, care produc o stare de nemulțumire acută, o imagine de sine prăbuşită şi uneori izbucniri neaşteptate şi nejustificate de context. Termenul este preluat de Freud şi Breuer de la Aristotel, desemnând, ca metodă cathartică, procesul prin care subiectul reuşeşte să îşi elimine afectele patogene, apoi să le reactualizeze, retrăind evenimentele traumatizante de care sunt legate. În atmosfera terapeutică securizantă, catharsisul presupune exprimarea liberă şi deschisă a trăirilor afective (de cele mai multe ori sub forma plânsului, a suspinelor, a izbucnirilor de furie, de revoltă, a folosirii de gesturi sau cuvinte dure), acceptarea propriilor emoții şi sentimente, înlăturarea mecanismelor de apărare şi acceptarea propriului eu.

Insight – Conceptul se referă la înțelegerea bruscă, subită, intuitivă a unor conflicte şi mecanisme psihologice personale, a anumitor lucruri pe care persoana nu le sesizase anterior, în ciuda importanței lor. Se realizează prin prelucrarea materialelor produse de client, împreună cu clientul. De regulă, aceste „iluminări intuitive" se produc inițial în urma intervenției nemijlocite a psihoterapeutului, care îl ghidează pe pacient în demersul său de autoexplorare şi îi oferă, direct sau indirect, interpretări. Pe măsură ce pacientul devine conştient de modul său de funcționare psihică, îşi formează şi abilitatea de a găsi singur explicații şi de a-şi decodifica mesajele transmise de inconştient. În terapie, insight-urile permit treptat autoînțelegerea şi acceptarea propriei persoane, a sentimentelor, a atitudinilor şi motivațiilor propriilor comportamente, a relațiilor cu ceilalți.

Universitatea SPIRU HARET

EXTINDERI

CUNOAŞTEREA ŞI RESPECTAREA PROPRIILOR LIMITE – CALITATE ESENȚIALĂ A PSIHOTERAPEUTULUI EFICIENT

(Articol publicat în „Revista de Psihoterapie Experiențială", nr. 12-13 / 2000)

Medicul de urgență, chirurgul sau oncologul, prin chiar specificul profesiei lor, se confruntă aproape zilnic cu cazuri dificile, cu oameni foarte bolnavi ori grav accidentați şi, nu de puține ori, cu moartea. Deja în domeniul medical este unanim acceptat faptul că unii pacienți pot fi salvați, alții nu. Psihoterapeutul, la rândul său, are de-a face cu oameni nefericiți, deprimați, anxioşi, având probleme de adaptare şi relaționare, lipsiți de încredere şi de speranță ş.a. Unii dintre ei pot fi ajutați, alții, din păcate, nu. Aici însă (în domeniul psihologic) intervin elementul de „mit" şi lipsa de informație psihologică explicită şi pertinentă de care mai ales societatea noastră a fost vitregită zeci de ani. Din cauza absenței unor astfel de cunoştințe mulți oameni care ar putea profita de pe urma psihoterapiei nu au încredere şi nu apelează la serviciile psihoterapeutului, pe care îl văd doar în două ipostaze posibile, ambele false: ori ca pe o zeitate omnipotentă şi omniscientă, ori ca pe un incapabil care nu face altceva decât să emită afirmații fără acoperire. În realitate, psihoterapeutul nu este nici una, nici alta. El este o ființă umană cu calități şi defecte, cu o viață obişnuită şi cu probleme obişnuite, dar care posedă o pregătire psihologică de specialitate şi care a trecut printr-un travaliu personal de igienizare mentală (mai exact printr-o psihoterapie personală). Terapeutul este un om (nu un zeu sau un vrăjitor) echilibrat, matur, care se simte bine în pielea lui, care dispune de bune capacități de relaționare, este competent şi disponibil. Toate acestea nu înseamnă că poate rezolva orice fel de problemă, în orice moment şi în orice condiții.

Există pacienți care nu pot fi ajutați prin psihoterapie sau în cazul cărora psihoterapia nu poate fi utilizată decât ca un adjuvant cu efecte reduse. Aşa sunt majoritatea pacienților psihotici şi a subiecților cu tulburări de personalitate, persoanele cu QI sub medie ori deteriorați cognitiv, persoanele foarte în vârstă etc. În astfel de cazuri, nu psihoterapeutul, ci psihoterapia este neputincioasă. Nu lipsa de competență sau de charismă a terapeutului este de vină, ci lipsa unor condiții de bază care permit unei psihoterapii să fie eficientă: motivația clientului, înțelegerea de către client a nevoii de schimbare şi existența dorinței de schimbare, asumarea de către client a respon-

Universitatea SPIRU HARET

sabilității pentru propria evoluție în cadrul procesului terapeutic. Probabil este surprinzător pentru unii, dar, așa cum se observă din această enumerare de factori, clientul este elementul central. Clientul conține energia, resursele și capacitățile de vindecare, este responsabil pentru procesul de creștere personală și de soluționare a propriilor probleme. Terapeutul are rolul unui catalizator, al unui ghid-însoțitor pe acest drum.

Responsabilitatea procesului terapeutic revine, deci, în egală măsură clientului și terapeutului. Greșeala frecvent întâlnită, mai ales la tânărul psihoterapeut, este supraresponsabilizarea și autoculpabilizarea atunci când demersul terapeutic înaintează greu sau într-o altă direcție decât cea anticipată de el. „Eu sunt terapeut și trebuie să-l fac să înțeleagă, să conștientizeze, să rezolve problema. Trebuie să-l ajut!". Pe acest fond, rezistențele clientului sunt interpretate ca eșec terapeutic. Blocajele sale sunt văzute ca lipsă de încredere în terapeut. Dificultățile de relaționare și de integrare în grup ale clientului sunt descifrate ca lipsă de coeziune a grupului. Pornind de aici, terapeutul frământat de astfel de ruminații își concentrează întreaga energie și pricepere pentru a „sparge" o rezistență în loc să-i permită să se manifeste, să se dezvolte, „să se coacă" până când va putea fi explorată și analizată. Face eforturi disperate pentru a debloca un client inhibat, în loc să-i permită să iasă treptat, atunci când va simți că este momentul, din „carapace". Se concentrează aproape obsesiv pe ideea de creștere a coeziunii grupului, propunând fel de fel de experimente și situații interactive și ignorând nevoile și problemele personale ale celor care formează grupul. Supraresponsabilizarea și autoculpabilizarea îl pot conduce astfel pe psihoterapeut la disconfort, epuizare energetică și, din păcate, la ineficiență. Terapeutul uită, de fapt, în astfel de situații, că psihoterapia este un demers care se realizează treptat, respectând ritmul personal al clientului, un demers care este marcat de fel de fel de „întâmplări", botezate științific: rezistență, transfer, blocaj, proiecție etc. Psihoterapeutul nu este „vinovat" de apariția acestor mecanisme. Ba, dimpotrivă, tocmai ele îi pot furniza materie primă pentru descoperirea și tratarea problemelor psihice. Să nu uităm că sunt rari pacienții „ideali" care, după o jumătate de oră de dialog terapeutic au un *insight* sau care își recunosc imediat patternurile dezadaptative (negative) de gândire ori care mulțumesc terapeutului pentru că i-a ajutat să conștientizeze ceva, să clarifice o situație. Este mult mai important ca terapeutul însuși să-și autoevalueze obiectiv activitatea, să-și recunoască succesele și nereușitele, dacă este cazul să învețe din greșeli și să-și dea seama de situațiile cărora nu le poate face față.

Universitatea SPIRU HARET

În unele privințe situația psihoterapeutului ar putea fi comparată cu cea a salvamarului care încearcă să scoată o victimă la mal. Dacă marea este agitată şi apare pericolul ca un val puternic să-i izbească de stânci, se ridică problema: dintre cei doi (accidentat şi salvator) care este mai bine să se aşeze către stânci, cu riscul de a fi lovit? Cei mai mulți sunt tentați să susțină că salvamarul ar trebui să se sacrifice, să se interpună între victimă şi stânci, să-şi asume posibilitatea de a fi rănit şi chiar de a-şi pierde viața. În realitate însă, principiul fundamental al salvatorului este acela de a se proteja în primul rând pe sine, pentru a fi capabil în continuare să-l ajute pe cel accidentat. Astfel, salvamarul va aşeza corpul victimei între el şi stânci, fiind condus de ideea că dacă cel pe care îl salvează se va lovi ori îşi va pierde cunoştința, totuşi el, salvatorul rămas integru, îl va putea scoate din apă şi îi va acorda primul ajutor în timp util. În cazul în care şi salvamarul s-ar răni ori ar leşina, ambii ar fi inevitabil condamnați la moarte.

În activitatea psihoterapeutică principiile de bază sunt aceleaşi. Pentru a-şi putea ajuta clientul, este esențial ca psihoterapeutul să ştie să se protejeze în primul rând pe sine, să nu se lase copleşit de problemele clientului (care, de fapt, nu-i aparțin !!), să aibă puterea să refuze solicitările care îl depăşesc. De aceea, chiar nu este recomandabil ca un psihoterapeut să se ocupe simultan de prea mulți clienți. În schimb, este fundamental ca terapeutul să îşi cunoască foarte bine propriile limite şi disponibilități şi să nu se hazardeze în abordarea unor cazuri cărora simte că nu le face față. De pildă, există psihoterapeuți care şi-au dat seama că nu pot lucra cu pacienți psihotici, ori cu depresivi, ori cu toxicomani, ori cu persoane care suferă de boli cronice grave care conduc inevitabil la exitus (SIDA, cancer, leucemie) etc. Meritul acestor profesionişti constă tocmai în faptul că îşi recunosc dificultatea în abordarea unor astfel de cazuri deosebit de dificile şi că îşi concentrează, drept urmare, eforturile în direcții în care se simt eficienți.

De aceea, un prim pas esențial în formarea oricărui psihoterapeut este autoexplorarea, descoperirea şi asumarea propriilor limite. Altfel, în terapie poate apărea riscul de a fi manipulat, „stors" de un client „neajutorat" sau insistent şi revendicativ. Alteori poate interveni epuizarea în încercarea de a „rezolva" situații de nerezolvat ori pentru care terapeutul nu dispune de competența necesară. Aşa că un sfat pentru terapeutul tânăr sau în devenire este de a nu uita că în jur există multe alte situații în care este nevoie de el şi mulți alți clienți pe care îi poate asista eficient. Pentru a-i putea ajuta pe ei, este bine să învețe mai întâi să se accepte şi să te protejeze pe sine!

ÎNTREBĂRI PENTRU CURSANȚI

1. *Argumentați de ce, pentru reuşita oricărei terapii, sunt necesare dorința de schimbare a clientului şi asumarea responsabilității pentru propria viață şi vindecare de către client. Gândiți-vă dacă în experiența dumneavoastră ați întâlnit persoane cu cazurile cărora puteți exemplifica această cerință.*

2. *Explicați în ce măsură mediul (social, cultural, familial etc.) poate influența desfăşurarea procesului terapeutic. Exemplificați.*

3. *Numiți încă o calitate, în afara celor enumerate în curs, care credeți că ar caracteriza un psihoterapeut eficient şi argumentați în ce fel ați ales-o.*

4. *Enumerați problemele care intră în aria de preocupări a psihoterapiei.*

5. *Justificați dacă şi de ce se poate interveni psihoterapeutic sau nu în următoarele cazuri: un pacient cu demență de tip Alzheimer, pacient cu tulburare de erecție, pacient alcoolic înscris într-o cură de dezalcoolizare, pacient cu fobie socială, pacient deprimat în urma decesului fiicei de cinci ani, pacient schizofren în timpul unui episod discordant.*

6. *Descrieți caracteristicile generale ale relației psihoterapeut-client şi evidențiați prin ce se deosebeşte ea de alte relații umane.*

BIBLIOGRAFIE

1. Holdevici Irina, *Elemente de psihoterapie*, Editura All, Bucureşti, 1996.

2. Holdevici Irina, Vasilescu Ilie, *Psihoterapia. Tratament fără medicamente,* Editura Ceres, Bucureşti, 1993.

3. Ionescu Gheorghe, *Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie,* Editura Asklepios, Bucureşti, 1995.

4. Mitrofan Iolanda, *Orientarea experiențială în psihoterapie,* Editura SPER, Bucureşti, 2000.

5. Mitrofan Iolanda, *Psihoterapia experiențială,* Editura Infomedica, Bucureşti, 1997.

Universitatea SPIRU HARET

III. **DEMERS ISTORIC ASUPRA ORIGINILOR ŞI PRIMELOR INTERVENȚII ÎN SCOP PSIHOTERAPEUTIC**

III.1. **Preocupările pentru starea de sănătate mentală şi primele forme de intervenție terapeutică**

Dacă psihologia ca ştiință de sine stătătoare s-a desprins din filosofie abia în secolul al XIX-lea, iar psihoterapia s-a conturat ca demers sistematizat doar la începutul secolului XX, nu putem ignora faptul că în toate epocile istorice preocuparea pentru starea de sănătate fizică şi mintală a omului a fost o constantă. Pornind de la interpretările naive şi simpliste asupra modului de funcționare a psihicului uman şi culminând cu multitudinea de teorii sofisticate de la începutul mileniului doi, încercările de tratare şi vindecare a tulburărilor psihice se înscriu pe un continuum al interesului pentru om şi starea sa de confort.

Încă din cele mai vechi timpuri, oamenii au fost preocupați de funcționarea eficientă a organismului şi au stabilit standarde de normalitate care precizau ce manifestări sunt adecvate şi care sunt dezadaptative. În Antichitate, conform unora dintre credințele timpurii (la vechii **indieni**, **chinezi**, **egipteni**, **persani**), o persoană care manifesta un comportament neobişnuit era posedată de *spirite rele*. Aceşti *demoni* trebuiau *exorcizați* prin tehnici ca rugăciunea, incantația, magia şi utilizând purgative preparate din amestecuri de ierburi. Dacă aceste intervenții nu se soldau cu succes, se luau măsuri mai radicale, extreme, mergând pe ideea de a transforma corpul într-o locuință cât mai neplăcută pentru spiritul rău. Bătaia, înfometarea, arderea, provocarea de sângerări abundente erau pe atunci forme de intervenție folosite curent.

Evreii foloseau în acelaşi scop *ritualuri magice*, invocând puterea lui Dumnezeu prin *rugăciuni*. În Talmud (Cartea Sfântă), Kavanah presupunea concentrarea şi apoi relaxarea obținute prin cântece, exerciții de respirație, fixarea cu privirea a unor litere din alfabetul iudaic, silabisirea de rugăciuni etc. Sunt metode similare din

Universitatea SPIRU HARET

punct de vedere tehnic cu practicile din Yoga, Taoism, Zen, Budism, Hinduism, cu meditaţiile creştine dezvoltate în bisericile bizantine şi apusene, incluzând rugăciuni repetitive.

III.2. **Terapiile primitive-tradiţionale**

Şi în societăţile din Africa, Asia, America de Sud, bolile erau interpretate ca fiind datorate *demonilor* (*spiritelor rele*) care, manipulate de persoane rău intenţionate sau în urma unor întâlniri surprinzătoare, intrau în corpurile persoanelor inocente ori naive. **Jung** şi **M.L. von Franz** vorbesc despre faptul că în religiile primitive, în cazurile în care apărea o simptomatologie nevrotică (lipsa de vitalitate sau emoţii tulburătoare care izbucnesc brusc şi necontrolabil), ea se explica prin pierderea sufletului în depresia profundă şi / sau prin invadarea de un spirit în anxietate. Boala era considerată ca apărând în urma încălcării limitei dintre două spaţii bine delimitate: lumea oamenilor / lumea *djinnilor*[1], lumea inocenţilor / lumea vrăjitorilor. Aceste credinţe persistă şi astăzi în societăţile tradiţionale. De exemplu, **terapeuţii tradiţionali** *bambara* din **Mali**, *yorubas* din **Benin** sau *sissoko* din **Coulibaly** atribuie cauza tulburărilor psihice de care suferă pacienţii lor atacului din partea unui *djinna*. La arabi există cam douăzeci de cuvinte diferite care desemnează atacul unei persoane de către *djinni*. În plus, acest termen implică un cortegiu de relaţii obligatorii: specialişti în *djinn* (*cheikh*, *taleb*, *derviş*, *chouafe*), tehnici utilizate pentru a intra în relaţie cu *djinnii* (*tămâie, instrumente muzicale, ritmuri muzicale, preparate culinare*), tehnici de separare a celor două lumi (*purificare, rugăciuni, amulete*). **Vindecătorii tradiţionali** sunt desemnaţi ca singurii capabili să medieze între cele două spaţii, scoţând demonii din corpul bolnavului. Modalitatea acestora de abordare presupune amenajarea unui spaţiu terapeutic care evocă existenţa celeilalte lumi şi care conţine dovezi vizibile ale medierii cu acest univers străin (*statuete, obiecte de cult* etc.). Mesajul terapeutic formulat explicit ar fi: „Există o altă lume, dincolo de obişnuit, după cum există oameni care fac bine şi alţii care fac rău. Tu ai fost victima unei vrăjitorii sau a unui atac, iar eu sunt singurul mediator care poate face legătura cu această lume pentru a te vindeca.” O procedură tehnică larg utilizată este *viziunea*

[1] Fiinţă supranaturală al cărei nume generic provine din limba arabă (djinn) şi care se poate traduce prin „spirit” sau „demon”.

Universitatea SPIRU HARET

care reprezintă un enunț asupra naturii invizibile a răului, destinat pacientului şi anturajului său ca o veritabilă inducție terapeutică. *Viziunea* apare ca o formă de diagnostic tradițional care nu se bazează pe investigații raționale şi nu are nimic de-a face cu problematica explicită a pacientului. Enunțul vindecătorului ia forma povestirilor care descriu atacul vrăjitorilor sau întâmplarea de la originea tulburării – cu totul alta decât cea relatată de pacient. În acest fel se produce în fapt o ruptură a repetiției patologice. De exemplu, viziunile pot lua forma unor enunțuri ca: „Prima soție a tatălui tău, din gelozie, a fost să ceară ajutorul unui vrăjitor pentru a se răzbuna asupra descendenților tatălui tău"; sau „Acest copil a fost surprins (speriat) de un accident atunci când se afla în pântecul mamei. De atunci a rămas paralizat exact în poziția în care a fost surprins"; sau „ Nu dumneavoastră ați fost pedepsită de soartă, ci mama dumneavoastră, dar asupra dumneavoastră a căzut pedeapsa". **Terapeuții tradiționali** fac puțin apel la limbaj ca mijloc terapeutic. În schimb, utilizează mult *ritmuri poetice şi muzicale* (incantații, dansuri), *imagini şi obiecte*. Nisipul sau plumbul sunt uneori folosite ca instrumente pentru a transpune suferința pacientului într-o formă lizibilă ce poate fi interpretată de terapeut (într-o anumită măsură asemănător tehnicilor proiective utilizate în psihologia modernă). Obiectele utilizate de aceşti vindecători sunt aşa-numite „obiecte active", adică obiecte fără semnificație culturală, fără nume, cărora nu li se poate atribui o funcție sau un loc într-o clasificare. Acestea sunt de regulă obiecte compozite – asemenea mâncărurilor sau obiectelor industriale cărora nu le putem percepe funcția – asociind elemente provenite din universuri eterogene (animal, vegetal, mineral). Aceste elemente fie nu îndeplinesc o funcție în acea cultură (cum ar fi excrementele, ierburile rele, pielea de batracian), fie sunt utilizate în forme anticulturale (cum ar fi litere considerate ca lucruri în sine şi nu ca nume de semne) şi întotdeauna, în mod obligatoriu, sunt conținute într-un înveliş închis (piele, cârpă etc.). Astfel de obiecte - amulete, talismane - condensează într-o reprezentare concretă şi simbolică relația cu terapeutul (în limbaj psihoterapeutic procesul transferențial). Obiectul conține amintirea relației întreținute cu cel care l-a elaborat, fabricat, vândut, dar şi afirmația că această relație poate fi reprezentată material, obiectiv. Modul său de elaborare este simbolic, reprezentând modelul parcursului vindecării pacientului printr-o serie de proceduri: de inversiune a acțiunii spiritelor, de mediere între lumea pământeană şi cea de dincolo, de analogie între metafora oferită pacientului şi procesul vindecării. Adeseori **terapeutul tradițional** formulează şi o

Universitatea SPIRU HARET

serie de prescripţii, codificate simbolic, în funcţie de credinţele culturii căreia aparţine şi recurge la ritualuri (ca *circumcizia*, „nopţi terapeutice" cu *dansuri într-un anumit ritm* şi *obiecte de cult*, *ritualuri terapeutice de adormire* pentru a avea un vis interpretat ulterior etc.)

O menţiune specială ni se pare necesară în ceea ce priveşte **şamanismul**, o formă de terapie tradiţională specifică continentului american, care utilizează substanţe psihedelice în vindecare. Efectul aşteptat de la aceste substanţe psihotrope naturale precum: *ciupercile, cactusul* (San Pedro, peyotl), *rădăcinile* (iboga), *frunzele* (tabac, cola, haşiş), *liane* (yagé) etc. corespunde unei reprezentări a divinităţii sau a fiinţelor mitice. În mentalitatea tradiţională se consideră că absorbirea acestor substanţe sub formă de băuturi, inhalaţii ar duce la o identificare cu această divinitate sau, mai exact, la o încorporare a acesteia. În ceea ce priveşte călătoria şamanică întreprinsă sub influenţa psihotropelor, deşi a fost adesea asimilată nebuniei, se realizează de fapt ca un fel de nebunie controlată, declanşată deliberat pentru a servi la iniţierea şamanului sau pentru vindecarea bolnavului venit să-l consulte. Nu este vorba de o nebunie suportată pasiv. Transa şamanică propriu-zisă oscilează între doi poli: fie şamanul cade paralizat, fie intră într-o stare de agitaţie şi de frenezie. Pare clar că efectul aşteptat de la droguri este fie o înlănţuire (catalepsie), fie o dezlănţuire (excitaţie frenetică). Pe acest fundal, viziunile care apar sub imperiul drogului sunt întotdeauna codificate cultural. **Şamanul** nu dezvoltă un delir personal, ci se lasă populat în timpul transei de către reprezentări culturale cunoscute şi de ceilalţi membri ai grupului. Astfel, viziunile reiau adesea mituri şi se sprijină pe o serie de forme larg reprezentate în mediul social, de exemplu în desenele de pe tapiserii sau pânze. *Utilizarea psihotropelor* este aproape întotdeauna legată de noţiunea de metamorfoză. Dacă un spirit poate fi conţinut într-o plantă, atunci există *ipso facto* noţiunea de pod între universul vegetal şi cel animal. Deoarece iniţierea **şamanului** se realizează cu ajutorul halucinogenelor, se presupune că acesta se transformă fizic şi spiritual, se produce „o metamorfozare a substanţei sale, chiar a cărnii sale". De altfel, miturile societăţilor şamanice conţin adesea teoria conform căreia „*specia umană derivă din anumite plante prin parcurgerea unei serii de metamorfoze, pe care şamanul le parcurge în sens invers de-a lungul călătoriilor sale. (....) Iniţierea* ***şamanului*** *îl transformă, fiecare cură îl face să treacă dintr-o lume în alta, iar teoria şamanică presupune ideea producerii unor fiinţe umane pornind de la metamorfoza plantelor.*" (**Tobie Nathan**, 2001).

Universitatea SPIRU HARET

III.3. **Contribuția lui Hipocrat şi Galenus la înțelegerea unității indisolubile dintre fizic şi psihic**

În Occident, domeniul bolilor psihice a fost abordat la un nivel mai evoluat, în principal de pe două poziţii: **religia** şi **ştiinţele medicale**. Primul progres în explicarea tulburărilor mentale din punct de vedere medical este legat de numele părintelui medicinii, **Hipocrat** (460-377 î. Cr.), care a respins demonologia şi a fost primul care a subliniat existența *corelatelor psihice ale manifestărilor somatice*. Astfel, *şcoala din Kos,* ale cărei opere îi sunt atribuite lui **Hipocrat**, postula faptul că, pentru a cunoaşte corpul omenesc şi tulburările sale, trebuie să avem cunoştinţe despre totalitatea cauzelor, să adunăm date despre constituția fizică, organizarea psihică, precum şi mediul fizic şi social al bolnavului. Este vorba deci despre un model de înțelegere unitară a bolnavului şi de o abordare terapeutică a acestuia ținând cont de toate dimensiunile ființei sale. La rândul său, medicina antică romană, reprezentată de **Galenus**, a demonstrat corelațiile, preluate până în zilele noastre, dintre constituția fizică şi comportamente. Astfel, **Galenus** considera că manifestările psihice, în special cele de ordin pulsional, sunt o consecință a combinării în proporţii variabile a celor patru umori fundamentale (sânge, bilă, flegmă, limfă). Amestecul potrivit („temperat") al celor patru substanțe duce la o stare de sănătate, la temperamentul perfect. În schimb, excesul sau insuficiența lor pot perturba starea psihică. Astfel, comportamentele neobişnuite erau interpretate ca rezultatul unor perturbări în echilibrul fluidelor din corp. Desigur, nu „umorile" sunt cele care ne determină comportamentele, dar important este faptul că **Galenus** a exprimat în mod explicit ideea conform căreia „corpul tinde să fie afectat de starea mentală", fiind considerat astfel „precursor al doctrinelor psiho-somatice".

Hipocrat, **Galenus** şi medicii greci şi romani care le-au urmat au argumentat ideea unor tratamente mai „umane" ale bolilor mentale. Ei au subliniat importanța folosirii atât a unor mijloace plăcute (precum exerciţii fizice, asigurarea unui mediu ambiant confortabil, regim alimentar potrivit, masaje, băi calmante), cât şi a unor tratamente mai puţin agreabile (ca folosirea purgativelor şi a constrângerilor mecanice). Deşi în acea perioadă nu existau instituţii destinate tratării tulburărilor mentale, mulți pacienți erau îngrijiți în *temple,* de către preoți[2]. Se poate

[2] Asklepios înlătura durerea lovind palmele şi inducând o stare de somn bolnavului. În alte rituri, preoţii săi introduceau pacienţii în « camere de însănătoşire prin vis ». După interpretarea viselor, ei formulau tratamentul care consta într-o largă varietate de ritualuri şi rugăciuni.

spune, deci, că medicii Antichității au sesizat şi au cercetat *implicațiile psihice ale bolilor somatice*, au luat în considerare datele psihice în aprecierea etiopatogenetică a bolii şi în orientarea tratamentului. **Kaplan** afirma că „în perioadele civilizațiilor antice asiro-babiloniene, greceşti şi romane a fost recunoscută importanța legăturii psihic-corp, deşi natura acestei relații a fost interpretată diferit, în funcție de variabilele culturale." (**G. Ionescu**, 1994)

III.4. **Epoca medievală**

Totuşi, această viziune progresistă asupra tulburărilor mentale nu a avut continuitate şi în Evul Mediu, când superstițiile primitive şi credința în demonologie a reînviat în Europa sub patronajul **Inchiziției**. Boala mentală era considerată ca fiind în *legătură cu Satana*, iar persoanele serios perturbate erau tratate cu cruzime şi de multe ori condamnate la moarte. Bolnavii şi familiile celor cu tulburări psihice se adresau preoților (sau uneori vracilor) pentru a obține *iertarea păcatelor* şi *exorcizarea*.

Epoca medievală este indubitabil marcată de raportarea la biserică (mai ales la cea creştină) şi la oamenii bisericii. Credințele religioase erau bazate pe principiul că lumea şi viața omenească sunt părți ale unui plan divin şi că Dumnezeu a pus omenirea în centrul universului şi i-a dat un scop: obținerea iertării păcatelor şi salvarea sufletului. În cazul tradiției religioase iudeo-creştine, de exemplu, justiția divină este concepută ca cea care asigură ordinea şi ea funcționează după principiul: viața, trăită aşa cum se cuvine, va fi răsplătită. În acest proces trebuie să alegi corect între două forțe opuse: puterea lui Dumnezeu şi tentațiile înşelătoare ale diavolului. Credința în Dumnezeu dă vieții oamenilor un scop, viața fiind concepută ca trecerea unui test spiritual al cărui rezultat era pierderea sau salvarea sufletului. Sensul vieții ființei umane este astfel prescris: urmărirea şi împlinirea voinței divine. În Evul Mediu **oamenii bisericii** erau singurii care aveau acces la scrierile religioase. În consecință, ei interpretau scripturile pentru marea masă a muritorilor, indicându-le cum să facă fiecare pas pe drumul către Dumnezeu sau denunțând drumul ispitirii de către Satana. *Spovedania*, *îndeplinirea îndatoririlor religioase* şi *a canoanelor*, *urmarea poveților duhovniceşti ale* **preotului** pentru iertarea păcatelor şi pentru a trăi conform cu cerințele bisericii erau principalele modalități de abordare şi tratare

Universitatea SPIRU HARET

a „problemelor sufleteşti". Caracteristica de bază a unei astfel de abordări este raportarea la un sistem de referinţă bine conturat (*preceptele religioase*), având la dispoziţie principii şi reguli de viaţă clar formulate. Părerea avizată a reprezentantului bisericii care, pe baza învăţăturilor creştine, deceleză între bine şi rău, între greşeală şi virtute, este în măsură să liniştească angoasele enoriaşului, să ofere răspunsuri prestabilite şi universal valabile la întrebările acestuia. Şi astăzi **preotul** este, nu de puţine ori, cel care prin ascultarea binevoitoare a omului aflat în impas îl poate ajuta să-şi descarce suferinţa şi să regăsească speranţa. În plus, sfaturile oferite de o autoritate bisericească răspund unei nevoi de bază a fiinţei umane: nevoia de siguranţă, de idealuri ferme la care să aspire, de linii directoare care să-i conducă viaţa. Deşi psihoterapia şi religia sunt direcţii distincte de raportare la om, ele au multe aspecte în comun: interesul pentru dimensiunea spirituală a fiinţei umane, relaţia intensă şi nemijlocită de la om la om, încercarea de clarificare a marilor dileme ale existenţei omeneşti ş.a. Din acest punct de vedere, uneori psihoterapia are de câştigat dacă, în loc să se definească prin opoziţie faţă de dimensiunea religioasă, încearcă să înţeleagă, să asimileze şi să utilizeze contribuţia adusă la uşurarea suferinţei umane de credinţa în ceva mai presus de pragmatismul vieţii cotidiene.

III.5. **Primele încercări de tratare sistematică a bolnavilor psihici**

În Europa, prin secolul al XVII-lea, oraşele încep să creeze *aziluri* care să adăpostească bolnavii psihici. La început, acestea erau de fapt adevărate închisori în care locatarii stăteau legaţi în celule întunecoase şi murdare, fiind trataţi mai degrabă ca animale decât ca oameni. În 1792, când **Philippe Pinel** a preluat sub conducerea sa un *azil din Paris*, au fost introduse unele îmbunătăţiri în tratamentul pacienţilor. În ciuda scepticilor, intervenţia cu titlul de experiment a lui **Pinel** a avut succes. El a scos locatarii azilului din lanţuri, i-a aşezat în camere curate, luminoase unde aceştia au fost trataţi cu blândeţe. Mulţi oameni care de ani de zile fuseseră consideraţi bolnavi fără speranţă de ameliorare şi-au îmbunătăţit într-atât starea, încât li s-a permis să părăsească azilul. Tot în această perioadă se remarcă contribuţia medicului englez **Sydenham**, supranumit Hipocrat al Angliei, cel care a subliniat faptul că o afecţiune care se poate

Universitatea SPIRU HARET

manifesta clinic prin simptome asemănătoare poate fi determinată de o cauză organică sau psihică. Ideile sale asupra *etiologiei psihogene a unor afecţiuni* au fost conturate mai clar de şcolile medicale europene din secolele XVIII-XIX.

În practica terapeutică a vremii predominau *electroterapia*, *hipnoza* şi *utilizarea sugestiilor*. O figură proeminentă a acelei perioade era medicul austriac **Franz Anton Mesmer** (1734-1815) care apărea ca magician şi teoretician în acelaşi timp. El a împrumutat tehnici de tip exorcist (de tipul atingerilor cu mâinile) şi le-a încorporat în teoria şi practica magnetismului, elaborând teza aşa-numitului „*magnetism animal*". **Mesmer** susţinea că fenomenul hipnotic este produs de „magnetismul animal", definit ca o proprietate a corpului animal care-l face sensibil la gravitaţia universală. *Magnetismul* era în mare vogă. Într-un mediu teatral, cu pacientul scufundat într-un butoi cu apă, înconjurat de magneţi şi sârme care aveau menirea să evidenţieze procesul, terapeutul realiza pase şi atingeri cu ajutorul unei baghete pentru a debloca *magnetismul*, descris ca un fel de fluid care curgea din corpul terapeutului în cel al pacientului. Provocată de succesul metodei, o Comisie a Academiei de Ştiinţe Franceză a cercetat fenomenul şi a demonstrat că magnetismul fără imaginaţie şi sugestii nu are efect. Deşi teoria a fost discreditată, nefiind fondată şi verificabilă ştiinţific, realitatea este că mulţi pacienţi ai epocii s-au vindecat prin metoda lui Mesmer. Constatare care a demonstrat că, deşi teoria nu era validă, fenomenul (numit astăzi *sugestie hipnotică*) există cu adevărat. Şi alte personalităţi ale vremii practicau *somnambulismul provocat* şi *hipnoza* pentru a interveni asupra sensibilităţii (**James Braid**, **Victor Burg**) sau pentru a *exorciza* forţele care puneau stăpânire pe pacient (**abatele Gassner**).

III.6. **Hipnoza şi tehnicile sugestive ca modalităţi iniţiale de intervenţie psihoterapeutică**

În ciuda realizărilor importante ale urmaşilor lui **Mesmer**, în comparaţie cu epoca de aur a hipnozei – mijlocul secolului al XVIII-lea – în următoarele două secole *fenomenul hipnotic* a intrat, din mai multe motive, într-un con de umbră. În primul rând, a intervenit în această epocă dominaţia perspectivei ştiinţifice materialiste asupra celei subiective. La aceasta se adaugă incapacitatea comunităţii ştiinţifice de a oferi o teorie ştiinţifică coerentă despre *hipnoză* la care

Universitatea SPIRU HARET

să adere majoritatea cercetătorilor şi practicienilor în domeniu. Apoi, descoperirea de noi medicamente eficace în anestezie a făcut să scadă interesul pentru *hipnoză* ca instrument de control al durerii în situaţii dramatice. Sfârşitul secolului al XIX-lea a resuscitat interesul faţă de *hipnoză* prin dezvoltarea a două şcoli conduse de oameni de ştiinţă prestigioşi, interesaţi de abordarea terapeutică şi de hipnoză.

Este vorba despre:

• *Spitalul Salpêtriére din Paris*, creat de **J.M. Charcot** ca centru de perfecţionare în domeniul bolilor mintale promovând ca principală modalitate de intervenţie psihoterapia. Constituit în ultimul deceniu al secolului al XIX-lea, spitalul a devenit un nucleu al studiilor privind *relaţia dintre stările psihice şi manifestările somatice*. **Charcot** este autorul afirmaţiei care i-a condus întreaga carieră: „Pentru boală psihică, tratament psihic". De numele său se leagă mai ales *definirea şi tratarea isteriei*. Pentru **Charcot**, atât isteria, cât şi hipnoza presupuneau o neuropatologie de bază. Aceasta, în interacţiune cu o traumă sau cu inducţia hipnotică, putea genera anomalii funcţionale manifestate prin criza isterică sau prin transa hipnotică. Printre asistenţii lui **Charcot** de la Salpêtriére s-au numărat: **S. Freud**, **P. Janet**, **A. Binet**, **H. Bernheim.**

• *Şcoala de la Nancy,* instituţie creată de **H. Bernheim** care reinterpretează ideile promovate de profesorul său de la Salpêtriére asupra fenomenelor sugestiei şi hipnozei. Astfel, **Bernheim** a demonstrat că multe dintre „nevrozele isterice" care alcătuiau cazuistica lui **Charcot** erau de fapt fenomene de sugestie hipnotică induse de acesta. **Bernheim** introduce şi asigură consacrarea termenului de *psihoterapie* în Franţa, o dată cu apariţia studiului său *Hipnotism, sugestie, psihoterapie* (1891). Cu această ocazie, el a demontat ideea lui **Charcot** care considera hipnoza un fenomen patologic, specific istericilor, impunând în schimb concepţia conform căreia *starea hipnotică este un fenomen natural*, un somn determinat prin sugestie, respectiv prin dezvoltarea unei predispoziţii prezente la majoritatea oamenilor. Hipnoza este descrisă ca o stare normală de înaltă sugestibilitate datorată procedurii de inducţie hipnotică. Spre deosebire de **Charcot**, **Bernheim** relansează hipnoza prin favorizarea sugestiilor care fac apel la participarea subiectivă a subiectului, la calităţile de sensibilitate ale acestuia. Mai mult, el afirma în urma observaţiilor sale clinice că hipnoza şi sugestia constituie o abordare superficială şi efemeră a simptomelor care pot dispărea temporar, dar reapar relativ repede după o astfel de terapie, idee preluată şi dezvoltată ulterior de **Freud**.

III.7. **Secolul XX şi afirmarea ştiinţifică a psihoterapiei**

Este evident că până la începutul secolului XX preocupările privind relaţiile dintre afecţiunile psihice şi cele somatice, precum şi încercarea de a explica şi trata acest tip de tulburări vin în primul rând din partea *medicinii*. Lucru firesc, de altfel, ţinând cont de faptul că medicina este ştiinţa preocupată de ameliorarea stării omului aflat în suferinţă, indiferent dacă aceasta are o cauză psihică sau organică. Pe de altă parte, *psihologia* începea să-şi afirme statutul de ştiinţă, desprinzându-se treptat din filosofie abia spre sfârşitul secolului al XIX-lea. De fapt, dacă încercările de a alina suferinţele corporale şi durerile morale au origini preistorice, *istoria ştiinţifică a psihoterapiei* a fost scrisă în ultimul secol, o dată cu conturarea noţiunii care o desemnează. Termenul *psihoterapie* a apărut în Anglia, fiind formulat de **D.H. Tuke**, promotor al unui *curent de gândire medico-psihologică* ce căuta să ateste „influenţa spiritului asupra corpului". (apud. **Gh. Ionescu**, 1995).

Dacă psihiatria este cea care s-a oprit prima asupra bolnavului cu probleme psihice încercând vindecarea lui, psihologia este cea care ulterior a adus cunoştinţe despre personalitatea umană şi funcţionarea psihică ce au permis abordarea eficientă a acestui tip de pacienţi. **Carl Gustav Jung** descrie în lucrarea *Amintiri, vise, reflecţi*" (1961) modul de tratare a bolnavilor mintali în primele decenii ale secolului trecut. „*Învăţământul psihiatric căuta să facă abstracţie, ca să spunem aşa, de personalitatea bolnavă, mulţumindu-se cu diagnostice, cu descrieri de simptome şi efectuări de statistici. Pornind de la aşa-zisul punct de vedere clinic predominant atunci, medicii nu se ocupau de bolnavul mintal ca om , ca individualitate, ci ei trebuiau să-l trateze pe pacientul nr. X, care avea o listă lungă de diagnostice şi simptome. Era „etichetat", marcat cu un diagnostic, şi cu aceasta cazul era în cea mai mare parte rezolvat. Psihologia bolnavului mintal nu juca absolut nici un rol."* (**C.G. Jung**, 1961) Psihoterapia, ca modalitate de înţelegere şi de intervenţie la nivel psihologic asupra pacienţilor psihici, s-a conturat treptat la confluenţa dintre medicină şi psihologie. Concepută iniţial ca un complement al tratamentului medicamentos pentru pacienţii psihiatrici, ea şi-a dovedit odată cu trecerea timpului valoarea atât în tratarea unor anumite categorii de probleme psihice (îndeosebi nevroze), cât şi în susţinerea şi dezvoltarea personală a individului sănătos psihic în diverse momente ale vieţii sale.

La începutul secolului XX domeniile medical şi psihologic au înregistrat mari progrese. De exemplu, în 1905 s-a descoperit că

pareza generală, boală de care sufereau circa 10% dintre pacienţii spitalelor de boli nervoase, era rezultatul evoluţiei unei boli venerice – sifilisul, deci avea o cauză organică şi necesita tratament medicamentos. De asemenea, o serie de experimente de laborator, cum au fost cele ale lui **Pavlov**, au demonstrat că animalele pot ajunge la perturbări emoţionale dacă sunt obligate să ia decizii care le depăşesc capacităţile. Extinderea unor astfel de constatări la om a permis înţelegerea noţiunii de stres şi reacţie la stres. Aproape în acelaşi timp, **Sigmund Freud** şi continuatorii săi au pus bazele înţelegerii bolilor mintale în termeni de factori psihologici. Sunt doar câteva dintre exemplele de descoperiri care au marcat începutul secolului trecut şi care au permis dezvoltarea unor domenii distincte ce se ocupă de diagnoza şi tratarea tulburărilor mentale: *neurologia, psihiatria, psihodiagnoza, psihologia clinică şi medicală, psihoterapia*.

Şi pentru că istoricul psihoterapiei nu are o evoluţie liniară, unidirecţională, nici până în secolul XX, şi cu atât mai puţin în perioada următoare, este mai exact să vorbim despre *psihoterapii* mai degrabă decât despre *psihoterapie*. Acest domeniu este caracterizat prin curente, abordări şi şcoli diferite, care includ concepţii despre om din epoci şi spaţii geografice diferite. În secolul trecut s-au structurat trei mari orientări psihoterapeutice: orientarea analitică sau dinamică bazată pe teoriile psihanalitice asupra personalităţii, orientarea comportamentală cu originea în teoriile behavioriste asupra personalităţii şi orientarea umanist-experienţială centrată pe teoriile umaniste şi existenţiale. În ultimele decenii s-a conturat o patra orientare care a marcat destinul psihologiei şi psihoterapiei moderne: cea transpersonală. Curentul transpersonal îşi propune să exploreze o formă de conştiinţă lărgită, mai puţin uzuală, dar considerată ca având un imens potenţial curativ şi transformator - supraconştiinţa. Această stare transpersonală este descrisă în marile filosofii spirituale şi tradiţii mistice sub diverse nume: extaz, experienţă transcendentală, iluminare, conştiinţă cosmică, Nirvana, starea lui Budha, al şaptelea cer etc. În direcţia psihoterapiei, **Stanislav Grof** este considerat ca părintele şi exponentul cel mai cunoscut al acestui curent, el elaborând două formule de amplificare a conştiinţei: *terapia psihedelică* (care utilizează virtuţile LSD-ului în a cataliza şi dilata procesele inconştiente) şi *terapia holotropică* (o tehnică de autoexplorare empirică, asistată de un specialist, care permite sondarea unor teritorii necunoscute ale inconştientului ce ţin mai ales de dimensiunea perinatală şi de cea transpersonală).

Universitatea SPIRU HARET

III.8. **Sigmund Freud şi psihanaliza**

Sigmund Freud (1856-1939), un tânăr medic evreu născut în Moravia, intră la sfârşitul secolului al XIX-lea în domeniul terapiei, pentru a pune bazele *conceperii psihopatologiei în termeni de factori psihologici*. A studiat medicina la Viena şi, după câțiva ani de cercetări în domeniul fiziologiei şi histologiei, se orientează către neurologie şi, ulterior, către domeniul psihiatric. În clinică îl întâlneşte pe celebrul medic vienez **Joseph Breuer** care utiliza *hipnoza cathartică*, o metodă larg folosită în practica terapeutică a vremii. Aici ia cunoştință de celebrul *caz Anna*, o tânără care se îmbolnăvise după moartea tatălui său şi pe care **Breuer** o trata prin această metodă. Ideea centrală era că simptomele istericilor sunt legate de traumatisme din viața lor, care, după ce i-au impresionat puternic, au căzut în uitare. Tratamentul aplicat consta în evocarea, sub hipnoză, a amintirii scenelor traumatice şi provocarea, în felul acesta, a descărcării tensiunii afective asociate lor (catharsis). Colaborarea dintre **Breuer** şi **Freud** va continua şi mai târziu şi se va concretiza într-o serie de lucrări. Acesta din urmă face, de asemenea, un stagiu la clinica Salpêtriére, pe lângă **Charcot**, cunoscut pentru studiul somatizărilor specifice isteriei şi pentru folosirea hipnozei, a „somnambulismului provocat". În acest centru, **Freud** a elaborat multe dintre ideile care vor sta ulterior la baza psihanalizei: a studiat mecanismele psihice ale fenomenelor isterice şi a postulat existența *traumelor psihice* puternic *incriminate în patogenia nevrozelor şi bolilor psihosomatice*; a descris mecanismul *abreacției ca fenomen de eliminare a elementelor patogene* care condiționează eficiența intervenției psihoterapeutice; a definit mecanismul *conversiei ca o transpoziție a stării emoționale la nivel corporal*, în vederea neutralizării reprezentărilor şi trăirilor incompatibile. Lui **Freud** îi aparține şi prima încercare de a explica sugestibilitatea crescută a pacienților aflați în stare de hipnoză. El afirmă că subiecții hipnotizabili sunt sugestibili datorită *regresiei* lor. Sub hipnoză, subiectul repetă cu hipnotizatorul modalitățile de relaționare din copilăria timpurie care implică pasivitate, complianță, obediență, submisivitate. Această teorie nu a fost detaliată de autorul său, deoarece, la puțin timp, **Freud** a elaborat *teoria psihanalitică* asupra aparatului psihic uman, iar interesul său pentru hipnoză a diminuat. O colaborare semnificativă este cea dintre **Freud** şi **Bernheim**, la Nancy, conlucrare care a dat un impuls semnificativ dezvoltării psihoterapiei şi, în special, psihanalizei. Psihoterapeutul

Universitatea SPIRU HARET

francez şi mai apoi **Freud** şi continuatorii lor, acuzând caracterul superficial al sugestiei şi hipnozei au subliniat ideea că orice psihoterapie autentică trebuie să meargă în profunzime, căutând elucidarea şi eliminarea originilor conflictuale ale tulburării. Iniţial practicant al hipnozei, **Freud** a constatat că, prin această abordare, simptomele erau doar reduse sau eliminate temporar, fără rezolvarea cauzelor care le-au generat.

În 1890, el pune bazele *curei (metodei) cathartice ameliorate*, folosind terapia prin cuvânt împletită cu forţa fantasmei. Prin utilizarea de tehnici inedite (*asociaţiile libere, analiza viselor, a actelor ratate, a comportamentelor cotidiene* ş.a.), **Freud** conturează psihanaliza ca primul demers psihoterapeutic ce se adresează cauzelor, la care ajunge prin sondarea conţinuturilor inconştiente. **Freud** însuşi preciza că inventarea psihanalizei îi aparţine în întregime din momentul în care *a înlocuit metoda cathartică sub hipnoză*, practicată de **Breuer**, *cu asociaţiile libere*. Psihanaliza se va dezvolta spectaculos, atât ca o *teorie nouă asupra psihicului uman*, cât şi ca o *modalitate de intervenţie psihoterapeutică şi de restructurare a personalităţii.*

Conceptul de psihanaliză acoperă trei accepţiuni intercorelate: (a)este un sistem conceptual şi teoretic asupra personalităţii umane inspirat direct din activitatea şi lucrările lui **Sigmund Feud**; (b)o modalitate de cercetare (studiere) a personalităţii; şi (c)un procedeu terapeutic de schimbare a personalităţii. Contribuţia majoră a lui **Freud** la înţelegerea fiinţei umane constă în modelul său dinamic al funcţionării mentale. Acest model afirmă că în interiorul individului există forţe aflate în opoziţie, iar gândurile, emoţiile şi comportamentele sale, atât cele adaptative, cât şi cele patologice, sunt rezultatele acestor forţe conflictuale. Mai mult, aceste forţe se manifestă la diferite niveluri de conştientizare, iar unele dintre ele sunt în întregime inconştiente. Teoria psihanalitică are incontestabil o valoare deosebită, pentru că este primul model al psihicului uman care postulează importanţa centrală a *inconştientului*, propunându-l ca obiect de cercetare al psihologiei.

Freud nu a fost interesat numai de oferirea unui model teoretic-explicativ coerent al aparatului psihic uman. El a fost preocupat, în egală măsură, de găsirea unei metode cu ajutorul căreia să reinstaureze echilibrul psihologic, să normalizeze funcţionarea personalităţii. Aşa s-a născut *metoda psihanalitică*, ce constă în readucerea în conştiinţa pacientului a elementelor psihopatogene din trecutul său îndepărtat,

Universitatea SPIRU HARET

„astfel încât bolnavul să se comporte aşa cum s-a comportat la vremea lor, dar punând de data aceasta în mişcare toate forţele psihice disponibile spre a ajunge la o soluţie diferită." (**Freud**, reeditare în 1980) Rezultatul scontat este rezolvarea şi înlăturarea vechilor conflicte generatoare de simptome, prin *conştientizarea* lor.

Terenul câştigat de curentul psihanalitic în secolul XX va face din nou să diminueze, pentru o vreme, interesul pentru hipnoză şi tehnicile sugestive. Acest tip de abordare a pacienţilor va reveni în atenţia psihoterapeuţilor în anii '50-'60, o dată cu dezvoltarea **terapiilor comportamentale** şi **experienţiale**, care utilizează *relaxarea, imaginaţia dirijată, meditaţia* ş.a. ca modalităţi de tratament şi de dezvoltare personală.

III.9. **Orientarea analitică (dinamică) în psihoterapie**

Concepţia freudiană a reprezentat o încercare de explicitare a funcţionării psihismului uman prin raportare la biologic, genetic, metapsihologic. Îşi propunea o clarificare a legăturilor intrapsihice şi, mai departe, ameliorarea şi transformarea fondului turbulent al inconştientului, a naturii biologice, animalice într-o natură umană, socializată şi adaptativă, caracterizată prin conştientizare. **Freud** este, astfel, unanim recunoscut drept părintele psihanalizei ca formă de psihoterapie specifică şi elaborată, cu caracter precis definit. Totodată, el este iniţiatorul unei orientări psihologice şi psihoterapeutice bine delimitate: **orientarea dinamică (analitică)**. Demersul său de deschizător de drumuri într-o societate conformistă a fost nu numai original, dar şi curajos. De altfel, în primul deceniu al secolului XX, poziţia sa era de *persona non grata* pentru cercurile psihiatrice, moment în care prietenia cu **Carl Gustav Jung** (1875-1961), o altă mare personalitate a vremii, plină de pasiune şi de forţă intelectuală, îl va susţine şi ajuta la afirmarea publică a psihanalizei. Ulterior, **Jung** se va delimita treptat de teoriile lui **Freud,** contrazicând ideile acestuia cu privire la libido, structura şi dinamica psihică şi elaborând o nouă viziune despre personalitatea umană: *psihologia analitică* şi o nouă formă de terapie dinamică: *analiza jungiană*. **Jung** este recunoscut unanim ca a doua mare personalitate care a marcat debutul conceperii fiinţei umane în termenii de structură dinamică.

În timp s-au conturat şi dezvoltat numeroase alte forme de psihoterapie dinamică denumite neo-freudiene, post-freudiene sau

Universitatea SPIRU HARET

non-freudiene. Acestea au în comun premisa că tulburările mentale rezultă din conflicte şi din temeri inconştiente, dar aduc o serie de modificări, atât sub aspect teoretic, cât şi metodologic. Astfel, s-a încercat depăşirea accentului exagerat pus de **Freud** asupra aspectelor biologice ale personalităţii, subliniindu-se, în schimb, rolul unor aspecte sociale, etice, culturale în determinismul psihicului uman. Deşi în general Freud a fost deschis la date noi şi şi-a modificat teoria de-a lungul vieţii, el a fost vehement împotriva colegilor şi continuatorilor săi care au pus sub semnul întrebării teoria libidoului şi motivaţia sexuală a funcţionării personalităţii. Acest dogmatism a condus la o ruptură între Freud şi unii dintre cei mai importanţi asociaţi ai săi (**Carl Gustav Jung** şi **Alfred Adler**), ca şi faţă de teoreticienii de mai târziu (precum **Karen Horney, Harry Stack Sullivan, Erich Fromm** ş.a.) care au dezvoltat teorii rivale, plasând un accent deosebit *asupra altor procese motivaţionale, în afară de sexualitate*. De asemenea, majoritatea psihanaliştilor moderni văd *dezvoltarea personalităţii ca un proces care se întinde pe parcursul întregii vieţi* şi nu ca un proces care se încheie în jurul vârstei de 6 ani, aşa cum afirma **Freud**. Aceştia acordă un rol deosebit Ego-ului, considerat ca îndeplinind alte funcţii importante decât găsirea de căi satisfăcătoare de a gratifica impulsurile Id-ului şi anume: de a învăţa să facă faţă cerinţelor mediului, de rezolvare de probleme şi de a da sens experienţelor de viaţă. Concepţia asupra viselor este şi ea extinsă de post-freudieni, care consideră că *visele îndeplinesc şi alte funcţii* decât cele descrise de **Freud** (îndeplinirea dorinţelor inconştiente, eliberarea tensiunii şi protejarea somnului), printre care *rezolvarea de probleme şi planificarea acţiunilor viitoare*.

O parte importantă din această nouă direcţie este reprezentată de *teoria relaţiilor obiectuale* (**Heinz Hartman**, **Harry Stack Sullivan, Melanie Klein, D.W. Winnicott** ş.a.) care pune mai puţin accent pe rolul pulsiunilor sexuale şi agresive în determinarea comportamentului, în schimb ţine cont mai ales de relaţiile de ataşament şi alte tipuri de relaţii pe care individul le dezvoltă de-a lungul vieţii. Această teorie plasează un accent deosebit asupra unor probleme ca: gradul de separare psihică / de ataşament faţă de părinţi, implicarea în relaţiile cu ceilalţi / preocuparea de sine şi sentimentele de competenţă şi de mulţumire de sine. În terapie se urmăreşte întărirea imaginii de sine şi a sentimentului de putere al pacientului, astfel încât el să-şi poată gestiona constructiv anxietatea şi relaţiile interpersonale. Strategia generală presupune: (a) ca un prim pas

Universitatea SPIRU HARET

realizarea de insight-uri despre felul în care trecutul continuă să-i influenţeze prezentul, (b) iar apoi extinderea conştientizării clientului despre ceea ce poate fi făcut în prezent pentru a corecta efectele dăunătoare ale trecutului.

Aceste puncte de vedere şi contribuţiile altor teoreticieni şi practicieni care au marcat evoluţia terapiilor analitice (ca **Rollo May**, **Paul Tillich**, **Kaiser**, **Becker**) au suplimentat, fără să înlocuiască însă complet, teoria structurală şi modelul de intervenţie psihoterapeutică freudian.

III.10. **Orientarea comportamentală – o reacţie faţă de psihoterapiile dinamice**

La începutul secolului XX curentul dominant în psihoterapie era cel psihanalitic. În anii ’50, în Statele Unite ale Americii, nutrindu-se din *concepţia behavioristă* asupra personalităţii, se conturează **orientarea comportamentală în psihoterapie**. Acest nou curent a apărut ca *o reacţie faţă de psihoterapiile dinamice* care puneau un accent deosebit pe forţele ascunse, de natură inconştientă ale psihicului uman şi care se bazau pe obţinerea *insight-urilor* printr-un travaliu elaborat, de lungă durată. În timp ce psihanaliza era preocupată de înţelegerea modului în care trecutul conflictual al pacientului îi influenţează conduita actuală, terapiile comportamentale *se centrează asupra comportamentului observabil şi a condiţiilor de mediu* care îl modelează. Cele mai importante figuri care au marcat debutul psihoterapiei comportamentale (TC) au fost: **Dollard**, **Eysenck**, **Miller**, **Skinner** şi **Wolpe**. Termenul de terapie comportamentală include un număr de metode terapeutice diferite bazate pe principiile *învăţării* şi *condiţionării.* În contrast cu terapiile dinamice, care încearcă să schimbe anumite aspecte ale personalităţii individului printr-un sondaj laborios şi de lungă durată al inconştientului, terapiile comportamentale tind să se centreze pe modificarea comportamentelor dezadaptative în situaţii specifice. În concepţia behavioristă, psihoterapia nu mai vizează o restructurare şi o reconstrucţie a personalităţii, ci doar *reducerea şi eliminarea simptomelor, decondiţionarea* subiectului *de comportamentele nedorite* şi *înlocuirea lor cu altele, dezirabile.*

Conceptele de bază ale psihoterapiei comportamentale devin cele de *întărire socială,* de *decondiţionare* şi *control* al comportamentului. Principiul întăririi se referă la utilizarea şi manipularea

Universitatea SPIRU HARET

stimulilor ambianței, astfel încât anumite categorii de comportamente (respectiv cele dezirabile) să fie recompensate. În felul acesta va creşte probabilitatea repetării lor, în detrimentul comportamentelor nerecompensate (cele indezirabile). Psihoterapia devine astfel un *proces logic de control al comportamentului*, bazat pe cunoaşterea condițiilor care permit modificarea acestuia.

Psihoterapia comportamentalistă este focalizată pe tehnici de modificare directă a comportamentului, fără să ia în considerare *procesele raționa*le ale clientului, ignorând ideile, gândurile acestuia. Pornind de la abordarea behavioristă, cu timpul, mulți psihoterapeuți au observat că *factorii cognitivi* - adică gândurile, aşteptările pacienților, interpretările pe care aceştia le dau evenimentelor - sunt importanți în determinarea comportamentului. Ei au început să acorde o mai mare atenție cogniților şi să le utilizeze în procesul terapeutic. Astfel, în anii '60-'70 ia naştere o nouă paradigmă în câmpul psihoterapiei comportamentale: cea *cognitiv-comportamentală.* Terapiile cognitiv-comportamentale se delimitează ca un curent aparte în cadrul orientării comportamentaliste. Ele utilizează *tehnicile de modificare comportamentală*, dar, de asemenea, încorporează *proceduri destinate schimbării ideilor iraționale (dezadaptative)*. Terapeutul care foloseşte un astfel de demers îşi propune să ajute persoana să-şi controleze reacțiile emoționale perturbate (precum anxietatea, depresia), învățând-o *căi mai eficiente de interpretare şi de gândire asupra propriei experiențe*. Nume marcante pentru acest curent psihoterapeutic sunt: **Albert Elis, Bandura**, **R. Lazarus**, **Meinckenbaum, Aron Beck**.

III.11. **Constituirea şi dezvoltarea orientării umanist-experiențialiste**

La jumătatea secolului XX, psihologia şi psihoterapia erau marcate de cele două curente ideologice dominante: *psihanaliza freudiană* şi *behaviorismul pozitivist științific*. În acest context, la sfârşitul anilor '30, a început să se facă auzită vocea unui grup de teoreticieni ai personalității: **Gordon Allport**, **Henry Murray**, **Gardner Murphy** şi, mai târziu, **George Kelly**, **Abraham Maslow**, **Carl Rogers**, **Rollo May** care considerau că cele două abordări ale persoanei umane excludeau unele dintre cele mai importante calități care-l fac pe om să fie uman. Aici intrau valorile, alegerile, dragostea, creativitatea, imaginea de sine. În anii '50 ei au demarat o nouă ideologie consacrată sub numele de *psihologie umanistă.* În cadrul acestei şcoli s-a dezvoltat **psihoterapia umanist-**

Universitatea SPIRU HARET

experienţialistă. Rădăcinile sale se nutresc din *filosofia existenţialistă* şi din *gândirea fenomenologică*, ambele preocupate de trăirea şi devenirea fiinţei umane. La acestea se adaugă şi contribuţii ale *filosofiilor şi tehnicilor orientale de autodesăvârşire* (care includ tehnici de meditaţie, de relaxare ş.a.).

Specificul terapiilor umaniste este că privesc omul ca pe *o entitate activă, autoafirmativă, cu un potenţial latent ce se cere valorifica*t. În această concepţie, tulburările psihopatologice (numite adesea boli psihice) sunt considerate ca apărând atunci când procesul de realizare a propriului potenţial este blocat de circumstanţe sau de diferite persoane (părinţi, profesori, rude etc.) care încearcă să canalizeze dezvoltarea persoanei pe direcţii pe care ei le consideră acceptabile. Când se întâmplă astfel, persoana ajunge cu timpul să îşi *nege dorinţele reale*. Conştiinţa unicităţii sale ca persoană se năruie, potenţialul de creştere se reduce, posibilităţile de manifestare a eului se blochează şi *subiectul pierde legătura cu propria sa experienţă interioară*. Terapiile umanist-experienţialiste propun ca soluţie pentru rezolvarea problemelor psihice *conştientizarea maximală de către pacient a propriilor resurse şi a propriilor limite*. Prin atingerea unui nivel superior de conştiinţă, acesta poate ajunge la autodeterminare, la creativitate şi autenticitate, la integrarea corpului cu mintea şi spiritul, a acţiunilor cu gândurile şi sentimentele. Caracteristica de bază a terapiilor experienţialiste este aceea că pun în prim plan trăirea experienţei prezente, conform principiului „aici şi acum" (hic et nunc). Este adevărat că întâmplările din trecut şi planificarea viitorului sunt importante şi nu pot fi ignorate. Dar experienţialiştii subliniază că viaţa clientului se desfăşoară în prezent, iar emoţiile şi impresiile autentice sunt cele care apar în momentul actual şi mai puţin cele despre care povesteşte ori cele la care se aşteaptă. Centrarea pe aici şi acum, specifică demersului experienţialist, îi permite pacientului să aibă acces direct la propriile percepţii, gânduri, trăiri şi să-şi conştientizeze principalele strategii pe care le pune în acţiune pentru a face faţă provocărilor realităţii.

Psihoterapeuţii de factură experienţialist-umanistă nu interpretează comportamentele persoanei, aşa cum se procedează în psihanaliză, şi nici nu încearcă să le modifice, propunându-şi propriul punct de vedere ca alternativă corectă, aşa cum lucrează terapeuţii comportamentalişti. Această formă de psihoterapie îşi propune să-l ajute pe individ să-şi exploreze propriile sentimente şi gânduri şi să-l asiste pentru a reuşi să-şi găsească soluţia personală. Rolul

Universitatea SPIRU HARET

terapeutului într-un astfel de demers nu este acela de a-l modifica pe pacient, ci de a-i oferi *situații de experimentat*. Premisa de pornire este aceea că prin traversarea de situații noi, provocative, acesta are ocazia să devină conştient de propriile disponibilități, pe care apoi le poate utiliza în scopul dezvoltării propriei personalități.

În cadrul **orientării umanist-experiențialiste** se înscriu o multitudine de şcoli psihoterapeutice, printre care: terapia centrată pe client (**Carl Rogers**), psihodrama (**Jacob Levy Moreno**), gestalt-terapia (**Frederick Perls**), analiza tranzacțională (**Eric Berne**), analiza bioenergetică (**Alexander Lowen**), analiza reichiană (**Wilhelm Reich**), analiza existențială (**Ludwig Binswanger**), logoterapia (**Viktor Frankl)** ş.a.

III.12. **Psihoterapeuții cu formare eclectică**

La ora actuală, există o mare diversitate de şcoli şi orientări psihoterapeutice; în 1975 **Parloff** descria peste 140 de sisteme psihoterapeutice bine puse la punct, iar de atunci s-au conturat multe altele. De aceea, astăzi, mulți psihoterapeuți nu mai aderă strict la o singură metodă, ci optează, mai degrabă, spre o formare **eclectică,** complexă. Aceasta le permite o *abordare holistică* a pacienților, selectând dintre diferitele tehnici pe care le stăpânesc pe acelea mai potrivite cu structura de personalitate şi cu simptomatologia specifică fiecărui client. Se poate întâmpla ca orientarea teoretică a terapeutului cu **pregătire eclectică** să încline mai degrabă către o anumită şcoală / metodă particulară (de exemplu, mai mult analitică decât comportamentală). Dar, în funcție de situația concretă, având la dispoziție o paletă variată de posibilități de lucru, terapeutul poate amâna sau renunța la unele ipoteze sau strategii care nu se dovedesc eficiente, pentru a selecta şi folosi altele, mai potrivite cazului din fața sa sau momentului în care se află terapia. Aceasta presupune ca practicianul să fi beneficiat de *pregătire de specialitate în mai multe şcoli psihoterapeutice*, să stăpânească *aparatul conceptual şi metodologic al orientărilor respective* şi, în nici un caz, *să **nu** jongleze superficial cu fel de fel de tehnici* despre care a citit, le-a auzit descrise sau le-a văzut trunchiat într-o înregistrare, în cadrul unei demonstrații ori într-un seminar. **Eclectism** nu înseamnă superficialitate şi nesiguranță, ci, dimpotrivă, complexitate şi adaptabilitate pertinentă la nevoile clientului şi la cerințele situației.

Universitatea SPIRU HARET

O tendinţă semnificativă la ora actuală în psihoterapie o reprezintă specializarea tot mai multor terapeuţi în probleme particulare: *problematica disfuncţiilor sexuale, tratarea tulburărilor anxioase, tratarea depresiilor, alcoolism sau alte forme de dependenţă, rezolvarea problemelor maritale, de cuplu sau de familie, terapia copilului sau a adolescentului* etc. Aceşti practicieni preiau din toate orientările terapeutice informaţiile, modelele teoretice şi instrumentele de lucru legate de tematica specifică ce îi interesează şi le folosesc în diferitele momente ale demersului terapeutic. În aceste arii de specializare psihoterapeuţii utilizează o **abordare eclectică**, integrativă a problematicii respective.

Dat fiind faptul că, adeseori, pentru a rezolva cu succes toate aspectele unui caz care se adresează psihoterapiei, nu este suficientă o abordare terapeutică unică, devine esenţială colaborarea interdisciplinară, între diverşi specialişti, din diverse domenii. De exemplu, în cazul pacienţilor cu tulburări psihice grave (cum ar fi psihoticii în faze de remisiune, nevroticii cu depresie sau anxietate severe), adeseori este recomandabilă asocierea tehnicilor psihoterapeutice cu *farmacoterapia*. Dat fiind faptul că un psihoterapeut cu formaţie de bază de psiholog nu are dreptul de a prescrie medicaţie, în astfel de cazuri este oportună colaborarea cu un *medic psihiatru.* De asemenea, în funcţie de cazuistică, se poate dovedi utilă conlucrarea cu medici din diverse alte specialităţi (pentru asocierea psihoterapiei cu tratamente somatice, ca în cazul bolilor cronice), cu educatori şi pedagogi (ca în lucrul cu copii, adolescenţi), cu asistenţi sociali (în rezolvarea situaţiilor ce implică probleme sociale, familii dezorganizate), cu reprezentanţi ai instituţiilor religioase (în abordarea problemelor spirituale) etc.

REZUMAT

Încă din cele mai vechi timpuri preocuparea pentru starea de sănătate fizică şi mentală a omului a fost o constantă pe care oamenii au încercat să o controleze stabilind standarde de normalitate care precizau ce manifestări sunt adecvate şi care sunt dezadaptative. Conform credinţelor timpurii din Antichitate, o persoană care manifesta un comportament neobişnuit era posedată de spirite rele, de demoni ce trebuiau exorcizaţi prin rugăciuni, incantaţii, ritualuri, purgative etc.

Universitatea SPIRU HARET

În religiile primitive, simptomatologia nevrotică se explica prin pierderea sufletului în cazul depresiei profunde şi / sau prin invadarea de un spirit în anxietate. Boala era explicată ca apărând în urma încălcării limitei dintre două spaţii bine definite: lumea oamenilor / lumea spiritelor. Aceste teorii persistă şi astăzi în societăţile tradiţionale, în care vindecătorii tradiţionali sunt desemnaţi ca singurii capabili să medieze între cele două spaţii, scoţând demonii din corpul bolnavului. Modalitatea acestora de abordare presupune amenajarea unui spaţiu terapeutic care evocă existenţa celeilalte lumi, utilizarea viziunilor ca formă de diagnostic tradiţional, folosirea incantaţiilor, dansurilor ritualice, a imaginilor şi obiectelor active care simbolizează derularea procesului terapeutic. O formă de terapie tradiţională specifică continentului american este şamanismul, care utilizează substanţe psihedelice în vindecare.

Hipocrat, desemnat ca părintele medicinii, a fost primul care a subliniat în Grecia antică existenţa corelatelor psihice ale manifestărilor somatice şi a respins demonologia. La rândul său, în medicina antică romană, Galenus a demonstrat corespondenţele, preluate până în zilele noastre, dintre constituţia fizică şi comportamente, el fiind considerat astfel precursorul doctrinelor psiho-somatice. Aceştia şi medicii greci şi romani care le-au urmat au argumentat ideea unor tratamente mai umane ale bolilor mentale, majoritatea pacienţilor fiind îngrijiţi în acea perioadă în temple, de către preoţi.

În Evul Mediu superstiţiile primitive şi credinţa în demonologie au reînviat în Europa sub patronajul Inchiziţiei. Boala mentală era considerată ca fiind în legătură cu Satana, iar persoanele serios perturbate erau tratate cu cruzime şi vindecarea era legată de iertarea păcatelor şi exorcizare. În epoca medievală oamenii bisericii erau singurii care aveau acces la scrierile religioase şi interpretau scripturile pentru marea masă a muritorilor, indicându-le cum să facă fiecare pas pe drumul către Dumnezeu sau denunţând drumul ispitirii de către Satana. Principalele modalităţi de abordare şi tratare a problemelor sufleteşti (psihice) în acea vreme erau: spovedania, îndeplinirea îndatoririlor religioase şi a canoanelor, urmarea poveţelor duhovniceşti ale preotului.

Abia în secolul al XVII-lea oraşele europene încep să creeze pentru bolnavii psihici aziluri, care, la început, erau adevărate închisori. În 1792**,** Philippe Pinel a introdus îmbunătăţiri în tratamentul pacienţilor psihici, ceea ce a condus la ameliorare stării multora dintre ei. Tot în această perioadă, medicul englez Sydenham a

Universitatea SPIRU HARET

subliniat faptul că o afecțiune care se poate manifesta clinic prin simptome asemănătoare, poate fi determinată fie de o cauză organică, fie de una psihică. În practica terapeutică a vremii începeau să predomine electroterapia, somnambulismul provocat, hipnoza şi utilizarea sugestiilor, legate de nume ca: Franz Anton Mesmer, James Braid, Victor Burg, abatele Gassner.

În următoarele două secole fenomenul hipnotic a intrat într-un con de umbră din cauza lipsei de teorii ştiințifice coerente care să explice fenomenul şi a concentrării atenției lumii ştiințifice asupra descoperirii de noi medicamente eficace în anestezie. Sfârşitul secolului XIX a resuscitat interesul față de hipnoză prin dezvoltarea şcolilor conduse de J.M. Charcot (la Spitalul Salpêtriére din Paris) şi de H. Bernheim la Nancy. De numele lui Charcot se leagă ideea că atât isteria, cât şi hipnoza presupun o neuropatologie de bază care, în interacțiune cu o traumă sau cu inducția hipnotică, ar putea genera anomalii funcționale manifestate prin criza isterică sau prin transa hipnotică. Bernheim, în schimb, pe baza studiilor clinice, va impune concepția conform căreia starea hipnotică este un fenomen natural, un somn determinat prin sugestie, respectiv prin dezvoltarea unei predispoziții prezente la majoritatea oamenilor. El afirmă, în plus, că hipnoza şi sugestia constituie o abordare superficială şi efemeră a simptomelor clinice, care pot dispărea temporar, dar reapar relativ repede după o astfel de terapie. Această idee a fost preluată şi dezvoltată ulterior în cadrul psihanalizei de Freud, care a trecut prin ambele şcoli psihoterapeutice.

În secolul XX, psihoterapia s-a conturat treptat la confluența dintre medicină şi psihologie. Concepută inițial ca un complement al tratamentului medicamentos pentru pacienții psihiatrici, ea şi-a extins cu timpul aplicabilitatea atât în tratarea unor categorii de probleme psihice (îndeosebi nevroze), cât şi în susținerea şi dezvoltarea personală a individului sănătos psihic, în diverse momente ale vieții sale. Este intervalul istoric în care se conturează cele trei mari orientări psihoterapeutice: orientarea analitică sau dinamică, orientarea comportamentală şi orientarea umanist-experiențială.

Freud conturează la începutul secolului trecut psihanaliza, ca primul demers psihoterapeutic ce se adresează cauzelor, la care ajunge prin sondarea conținuturilor inconştiente. El afirma că inventarea psihanalizei îi aparține în întregime din momentul în care *a înlocuit metoda cathartică sub hipnoză*, practicată de Breuer, cu asociațiile libere. Psihanaliza se va dezvolta ulterior spectaculos, atât ca o teorie

Universitatea SPIRU HARET

nouă asupra psihicului uman, cât şi ca o modalitate de intervenţie psihoterapeutică şi de restructurare a personalităţii.

Concepţia freudiană stă la baza constituirii orientării dinamice (analitice) în psihoterapie. În timp, alături de psihanaliza clasică s-au conturat şi dezvoltat numeroase alte forme de psihoterapie dinamică denumite neo-freudiene, post-freudiene sau non-freudiene. Punctul comun al tuturor acestor concepţii este premisa că tulburările mentale rezultă din conflicte şi din temeri inconştiente. Criticile sunt legate mai ales de accentul exagerat pus de Freud asupra aspectelor biologice ale personalităţii (instincte sexuale şi agresive), subliniindu-se, în schimb, rolul unor aspecte sociale, etice, culturale în determinismul psihicului uman. Nume marcante ale acestei orientări sunt: Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Heinz Hartman, Harry Stack Sullivan, Melanie Klein, D.W. Winnicott, Rollo May, Tillich, Kaiser, Becker ş.a.

Orientarea comportamentalistă a apărut ca o reacţie faţă de psihoterapiile dinamice care puneau un accent deosebit pe forţele ascunse, de natură inconştientă ale psihicului uman şi care, printr-un travaliu elaborat, de lungă durată, încercau înţelegerea modului în care trecutul conflictual al pacientului îi influenţează conduita actuală. Terapiile comportamentale, în schimb, se centrează asupra comportamentului observabil şi a condiţiilor de mediu care îl modelează, propunându-şi reducerea şi eliminarea simptomelor, decondiţionarea subiectului de comportamentele nedorite şi înlocuirea lor cu altele, dezirabile. Figuri marcanteale acestei orientări sunt: Dollard, Eysenck, Miller, Skinner şi Wolpe. Paradigma cognitiv-comportamentală utilizează, pe lângă tehnicile de modificare comportamentală, proceduri destinate schimbării ideilor iraţionale (dezadaptative), avându-i ca reprezentanţi pe Albert Elis, Bandura, R. Lazarus, Meinckenbaum, Aron Beck ş.a.

Orientarea umanist-experienţialistă readuce elemente esenţiale ale fiinţării umane (precum valorile, alegerile, dragostea, creativitatea, imaginea de sine) în atenţia psihologilor şi a psihoterapeuţilor. Specific acestor abordări este conceperea omului ca o entitate activă, autoafirmativă, cu un potenţial latent ce se cere valorificat şi centrarea pe experienţa imediată, conform principiului „*aici şi acum*" (*hic et nunc*). Dintre figurile importante întemeietoare de şcoli umanist-experienţialiste: Carl Rogers, Jacob Levy Moreno, Frederick Perls, Eric Berne, Alexander Lowen, Wilhelm Reich, Ludwig Binswanger, Viktor Frankl ş.a.

În prezent, mulţi psihoterapeuţi nu mai aderă strict la o singură metodă, ci optează, mai degrabă, spre o formare eclectică, complexă,

Universitatea SPIRU HARET

în mai multe direcţii terapeutice. Aceasta le permite ca în funcţie de structura de personalitate şi simptomele specifice ale fiecărui client să selecteze şi să utilizeze dintre diferitele tehnici pe care le stăpânesc pe acelea mai potrivite cu cazul concret. De asemenea, mulţi practicieni din zilele noastre se specializează în probleme specifice, preluând din toate orientările terapeutice informaţiile, modelele teoretice şi instrumentele de lucru legate de tematica particulară care îi interesează şi folosindu-le în diferitele momente ale demersului terapeutic. Este ceea ce se numeşte o abordare eclectică-integrativă.

CONCEPTE-CHEIE

Exorcizarea – Metodă larg utilizată în Antichitate (la vechii indieni, chinezi, egipteni, persani) şi în Europa Evului Mediu, răspunzând credinţelor conform cărora o persoană care manifesta un comportament neobişnuit era posedată de spirite rele. În scopul exorcizării duhurilor rele, a diavolilor, se foloseau practici magice şi tehnici ca: rugăciunea, incantaţia, descântecele, purgativele sau chiar măsuri violente, pentru a transforma corpul într-o locuinţă inconfortabilă pentru spiritul rău: bătaia, înfometarea, arderea, provocarea de sângerări abundente.

Terapiile primitive-tradiţionale – Forme de intervenţie terapeutică specifice societăţilor primitive şi tradiţionale, în care credinţa fundamentală este aceea că boala psihică se datorează demonilor (spiritelor rele). Spiritele, manipulate de persoane rău intenţionate sau în urma unor întâlniri surprinzătoare**,** ar intra în corpurile persoanelor inocente ori naive, producând tulburarea mintală. Vindecătorii tradiţionali sunt desemnaţi ca singurii capabili să medieze între lumea oamenilor şi lumea spiritelor, scoţând demonii din corpul bolnavului. Exemple: terapeuţii bambara din Mali**,** yorubas din Benin, sissoko din Coulibaly, şamanii din America ş.a.

Magnetismul animal – Teorie şi practică terapeutică creată de **Franz Anton Mesmer** (1734-1815) care, la mijlocul secolului al XVIII-lea, la Viena şi apoi la Paris, a dezvoltat practica hipnozei în scopuri terapeutice şi experimentale sub numele de „magnetism

Universitatea SPIRU HARET

animal". Acesta era definit ca o proprietate a corpului animal ce-l face sensibil la gravitația universală, ca un fel de fluid care curgea din corpul terapeutului în cel al pacientului. Validitatea teoriei sale nu a fost verificată ştiinţific. Totuşi, constatarea că mulți pacienți ai epocii s-au vindecat prin metoda lui Mesmer a demonstrat că, deşi teoria nu era validă, fenomenul (numit astăzi sugestie hipnotică) există cu adevărat.

Hipnoza cathartică, somnambulismul provocat – Metode bazate pe sugestii induse de terapeut, larg folosite în practica terapeutică a secolului XIX. Inițial au fost utilizate pentru a interveni asupra sensibilității (**James Braid**, **Victor Burg**) sau pentru a exorciza forțele care puneau stăpânire pe pacient (**abatele Gassner**). Ulterior, la începutul secolului XX, sunt metode practicate pentru tratarea bolnavilor psihici de către personalități ca: **Breuer, Charcot, Bernheim, Freud** ş.a., care au dat explicații diferite fenomenului hipnotic.

Psihanaliza clasică freudiană – Sigmund Freud dă psihanalizei o triplă definiție: disciplină nouă în domeniul psihologiei, procedeu de investigație specifică a formațiunilor inconştiente (a conținuturilor latente) şi metodă terapeutică pentru tulburările nevrotice. **Freud**, părintele psihanalizei, s-a născut în 1856, în Moravia, într-o familie de evrei şi a murit la Londra, în 1939, unde s-a exilat din cauza persecuțiilor îndreptate împotriva evreilor. Medic psihiatru, care a lucrat inițial cu metoda hipnotică alături de mari personalități ale vremii, el a elaborat un model al psihicului uman care postulează importanța centrală a inconştientului. **Freud** considera că sursa principală a tulburărilor psihice o reprezintă conflictul inconştient dintre impulsurile sexuale şi agresive ale id-ului şi constrângerile impuse de ego şi superego. Metoda psihanalitică constă în readucerea în conştiința pacientului a conflictelor timpurii generatoare de simptome şi rezolvarea lor prin conştientizare. Demersul terapeutic psihanalitic îşi propune vindecarea bolnavului psihic prin înțelegerea intelectual-emoțională a problemelor din trecutul îndepărtat şi prin restructurarea de profunzime a personalității.

Orientarea analitică (dinamică) în psihoterapie - Din psihanaliza freudiană se vor desprinde ulterior numeroase alte şcoli care păstrează multe dintre postulatele centrale, dar aduc şi o serie de modificări, atât sub aspect teoretic, cât şi în ce priveşte metodologia de

lucru cu pacientul. Aceste schimbări se referă mai ales la atenţia mai mare care se acordă funcţiilor egoului şi rezolvării problemelor curente (în opoziţie cu accentul pus de Freud pe id şi pe restructurarea experienţelor din copilărie), la luarea în considerare a influenţei mediului social, îndeosebi familial, în formarea şi evoluţia personalităţii. Toate aceste şcoli şi curente sunt reunite sub denumirea de psihoterapii de orientare dinamică sau psihoterapii analitice. Ele acordă o mare importanţă fenomenelor inconştiente care motivează comportamentul uman. Au la bază ideea potrivit căreia fenomenele psihice reprezintă rezultatul interacţiunii unor forţe intrapsihice aflate în conflict (principiul determinist). În cadrul terapiilor dinamice, se pune accent pe descoperirea de către pacient a variatelor procese şi mecanisme psihologice care stau la baza structurii personalităţii sale, pe conştientizarea surselor şi a motivelor ascunse (inconştiente) aflate la originea problemelor şi comportamentelor sale.

Orientarea comportamentală (behavioristă) în psihoterapie – Este curentul psihoterapeutic născut în Statele Unite ale Americii pornind de la concepţia comportamentalistă (behavioristă) asupra personalităţii umane. Conform acestei orientări, tulburările psihice rezultă din întăririle din mediu care au condus la fixarea de comportamente dezadaptative stabile. Intervenţia psihoterapeutică comportamentală este caracterizată printr-o acţiune dirijată spre simptome (considerate drept comportamente modificabile) şi constă în metode de modificare a comportamentului, bazate pe principiile învăţării. Scopul este reducerea sau înlăturarea comportamentelor inadecvate şi învăţarea directă a unor noi comportamente dezirabile şi eficiente.

Terapia cognitiv-comportamentală – În cadrul abordării behavioriste, în ultimele decenii s-au dezvoltat metode care, conservând principiile generale ale terapiei comportamentale, pun sub semnul prescrierii nu numai comportamentele, ci şi activităţile mentale (gândurile, aşteptările pacienţilor, interpretările pe care aceştia le dau evenimentelor cu care se confruntă) în cadrul luptei contra simptomelor. Psihoterapeuţii cognitiv-comportamentali încearcă să ajute clienţii să-şi controleze reacţiile emoţionale perturbate (ca anxietatea sau depresia) învăţându-i modalităţi mai eficiente de a gândi şi interpreta propria experienţă.

Orientarea umanist-experienţialistă în psihoterapie – Orientare psihoterapeutică constituită la jumătatea secolului XX, când

curentele dominante ale vremii erau: psihanaliza freudiană şi behaviorismul pozitivist ştiinţific. În anii ’50, un grup de teoreticieni ai personalităţii au demarat o nouă ideologie, consacrată sub numele de psihologie umanistă, care considera că cele două abordări excludeau unele dintre cele mai importante calităţi ale omului (valorile, alegerile, dragostea, creativitatea, imaginea de sine). În această concepţie, fiinţa umană este văzută ca o entitate activă, ce dispune de un potenţial latent care aşteaptă să fie valorificat. Psihoterapia experienţialist-umanistă, bazată pe această viziune, îşi propune ca, prin centrarea pe aici şi acum, să-i ofere clientului ocazia să trăiască experienţe actuale în care să poată fi spontan, creativ, autentic. Prin parcurgerea şi analiza situaţiilor provocative el are şansa să devină conştient de emoţiile, senzaţiile, trăirile pe care le experimentează, de gândurile şi ideile care-i vin în minte, precum şi de modul în care acestea se combină şi de strategiile comportamentale pe care le generează. Scopul final este intrarea în contact cu resursele personale, activarea acestora şi autorealizarea potenţialului uman.

Psihoterapeut cu formare eclectică – Psihoterapeut care nu aderă strict la o anumită şcoală terapeutică şi care are o pregătire de specialitate în mai multe direcţii psihoterapeutice, selectând din bagajul teoretic-metodologic de care dispune instrumentele cele mai adecvate structurii de personalitate şi simptomatologiei pacientului cu care lucrează.

EXTINDERI

CONCLUZII POSIBILE ASUPRA SPECIFICULUI PSIHOTERAPIEI

Pentru cei a căror convingere este că, atât cauzele, cât şi soluţiile pentru perturbările psihice de care suferă se află în exteriorul lor, vindecarea poate veni tot din exterior, din răspunsurile date de vraci, de preot sau de medic. Unele persoane au convingerea că lumea înconjurătoare este populată de spirite, de duhuri care aparţin unei lumi paralele, din care vin cu scopuri ce interferă cu cele ale oamenilor şi în care se pot retrage când doresc sau la porunca unei forţe superioare. Omul bolnav care se consideră atacat sau posedat de

Universitatea SPIRU HARET

astfel de spirite îşi încredinţează soarta în mâinile vraciului, cunoscător de ritualuri şi de formule magice, cerându-i acestuia să preia puterea asupra „sufletului" său şi să îndepărteze „răul". În această viziune primitivă, boala este cauzată de spiritele din afara omenescului, iar vindecarea vine de la un om cu puteri deosebite – vraciul, care cunoaşte şi poate stăpâni aceste duhuri.

Alţi oameni cred în existenţa puterii divine, supraomeneşti, ale cărei legi trebuie urmate de către muritori. Adeseori aceste legi sunt dificil de descifrat şi de respectat întru totul şi, ca atare, omul poate greşi prin încălcarea lor. Conform credinţelor religioase, greşeala, păcatul sunt pedepsite prin suferinţă, durere şi tulburare psihică. Pentru aceşti credincioşi îndeplinirea riturilor şi canoanelor bisericii de care aparţin, sub îndrumarea preoţilor ca purtători ai mesajului divinităţii, le poate aduce linişte sufletească. Pentru creştini, de pildă, rugăciunea adresată lui Dumnezeu, îndeplinirea obligaţiilor religioase şi mai ales spovedania la un preot le permit să afle unde au greşit şi le arată calea dreaptă de urmat, prin care pot ajunge la izbăvire. Convingerea este aceea că îndepărtarea de Dumnezeu, reprezentat ca forţă divină aflată în afara omului, se află la originea tulburării. Pentru vindecare, enoriaşul are nevoie de prezenţa preotului, un om care cunoaşte voinţa Domnului şi dă poveţe duhovniceşti, conforme acesteia.

În zilele noastre mulţi oameni cred în evoluţia ştiinţei, în progresul medicinii şi farmacologiei ca semne ale forţei civilizaţiei ultimelor decenii. Din această perspectivă, deşi cauzele tulburărilor mentale nu sunt cunoscute, ele sunt adesea percepute ca fiind independente de individ şi poartă nume deja consacrate: stres, anomalii structurale sau de dezvoltare, dezechilibre în producerea sau stocarea de hormoni etc. Astfel, persoana bolnavă apelează la doctor ca deţinător de informaţii şi cunoştinţe de ultimă oră despre structura şi modul de funcţionare al omului. În contextul apariţiei şi perfecţionării de tehnologii din ce în ce mai sofisticate, pacientul are, la un moment dat, tendinţa de a se percepe pe sine însuşi ca analog unei maşini, unui robot sau calculator căruia îi pot fi reparate funcţiile deteriorate cu ajutorul medicamentelor şi soluţiilor medicale (de la sedare până la electroşocuri). Cauza bolii este percepută ca o defecţiune sau uzură a creierului, cu atât mai înspăimântătoare cu cât se ştie că acesta este cel mai complex şi mai puţin cunoscut organ al corpului uman, iar pierderii integrităţii sale i se asociază ideea de nebunie. Vindecarea se aşteaptă, în acest caz, de la medic, specialistul care cunoaşte anatomie şi fiziologie, care ştie cum funcţionează

Universitatea SPIRU HARET

creierul (perceput de multe ori ca sinonim cu psihicul) şi poate prescrie o reţetă de restaurare a funcţiilor acestuia.

Într-un fel sau altul, în toate situaţiile descrise anterior, omul bolnav localizează forţele care au generat boala (duhuri, voinţă divină, stres), ca şi pe cele care-i pot aduce vindecarea (formule magice, poveţe duhovniceşti, prescripţii medicale), undeva în afara sa. Pentru a se vindeca, el se încredinţează în mâinile persoanelor investite cu capacitatea de a cunoaşte şi cu puterea de a gestiona aceste forţe: vraci, preoţi, medici. Atunci când aceste persoane sunt oneste, bine intenţionate, iar intervenţia lor răspunde sistemului de credinţe şi nevoi ale persoanei în suferinţă, efectul poate fi benefic.

Ceea ce deosebeşte psihoterapia de aceste tipuri de intervenţii, este faptul că ea vede atât cauzele, cât şi agenţii de vindecare ai tulburărilor psihice ca fiind localizaţi în interiorul individului. Fără a ignora o serie de factori obiectivi, cum ar fi: situaţii stresante, condiţii dificile de viaţă, afecţiuni organice, sistemul socio-cultural din care provine clientul ş.a., demersul psihoterapeutic se bazează pe premisa că problema actuală depinde, în principal, de modul de funcţionare al persoanei, de structura sa psihică şi de patternurile de răspuns pe care şi le-a format şi dezvoltat de-a lungul vieţii. Drept urmare, obiectivul psihoterapeutului este de a-l acompania pe pacient pentru a identifica şi modifica acele elemente care-i produc dificultăţi. Aceasta presupune motivare şi responsabilitate din partea clientului care, ghidat de psihoterapeut, realizează un proces de autoexplorare, autocunoaştere şi schimbare (de la comportamente, stiluri de gândire, trăsături personale până la structura de personalitate). Psihoterapia pune, astfel, accent pe resursele interne ale individului, pe capacitatea sa de a răspunde la o intervenţie terapeutică din afară prin mobilizarea forţelor interioare şi restructurarea organizării psihice personale.

Tipul de intervenţie	***Cauza tulburării psihice***	***Localizarea cauzei***	***Modalitatea de vindecare***	***Localizarea agentului de vindecare***
Terapii primitive-tradiţionale	Posedarea sufletului de către spirite rele	Exterior	Ritualuri şi formule magice realizate de vraci şi destinate îndepărtării spiritelor rele	Vraci - exterior

Practicile religioase	Încălcarea voinței și a poruncilor divine	Exterior	Îndeplinirea îndatoririlor religioase, respectarea canoanelor și a poveților preotului, spovedania	Preot - exterior
Tratament medical	Perturbări fiziologice, (carențe, dezechilibre, excese)	Exterior	Respectarea tratamentului medicamentos și a regimului de viață prescris de medic	Medic - exterior
Psihoterapie	Ignorarea sau pierderea contactului cu nevoile și tendințele personale	Interior	Autoexplorare, conștientizarea resurselor și a nevoilor personale, intrarea în contact cu sine	Resurse personale ale pacientului mobilizate de intervenția psihoterapeutică - interior

TULBURĂRILE PSIHICE ŞI PSIHOTERAPIA SECOLULUI XXI

Examinarea modului de constituire şi a evoluției continue a abordărilor psihoterapeutice de-a lungul timpului ne permite să înțelegem că istoria psihoterapiei este strâns legată de istoria culturii. Orice demers calificat ca psihoterapeutic include şi este direct influențat de concepția despre om şi rolul său în societate din perioada căreia îi aparține. Este incontestabil faptul că normele sociale, credințele şi tradiția fiecărei societăți şi etape istorice îşi pun amprenta asupra modului de funcționare a ființei umane. Putem face un simplu exercițiu de imaginație, comparând, de exemplu, modul în care debuta în viață un adolescent din epoca feudală, care la 15-16 ani era căsătorit, muncea deja de câțiva ani pentru a-şi întreține familia, preluând modelul de viață al tatălui şi al strămoşilor săi, cu situația adolescentului din zilele noastre care, la aceeaşi vârstă, trăieşte prima dragoste fără a o privi ca pe ceva de durată, îşi continuă studiile sau intră în acel moment în câmpul muncii, are în față o plajă nelimitată de posibilități de alegere,

fără a beneficia însă de modele de viaţă foarte precise. Cu siguranţă, deşi aceşti doi tineri sunt de aceeaşi vârstă cronologică, dacă ar avea ocazia utopică de a se întâlni faţă în faţă, ar constata că sunt preocupaţi de probleme total diferite, generate de stilul de viaţă, de educaţia şi mediul (complet deosebite) în care au crescut.

Oamenii secolelor trecute, din societăţile agrare şi preindustriale, erau împovăraţi de multe probleme, dar nu erau atât de afectaţi de maladia lipsei de sens, a confuziei cu privire la valori şi la corectitudinea alegerilor, care este specifică zilelor noastre. În secolele trecute, oamenii erau adesea atât de preocupaţi de satisfacerea nevoilor bazale (cum ar fi asigurarea hranei sau a unui adăpost), erau implicaţi zilnic într-o multitudine de activităţi concrete şi urgente, încât nu-şi mai permiteau luxul de a-şi examina nevoia de sens. Viaţa şi munca lor ca atare erau valoroase şi le ofereau scopuri precise: lucrau pământul simţindu-se parte din natură, îşi asigurau existenţa zilnică arând, semănând, culegând şi preparându-şi hrana pentru ei şi familiile lor, se proiectau natural în viitor, dând naştere şi crescându-şi copiii. Aveau un puternic sentiment de apartenenţă la un întreg mai cuprinzător: erau parte integrantă a familiei şi a comunităţii şi îndeplineau roluri prescrise conform unor reguli bine stabilite. Erau ghidaţi de convingeri religioase care le ofereau răspunsuri la orice întrebare legată de rostul lor pe pământ. Problemele majore cu care se confruntau erau sărăcia, incidenţa mare a bolilor infecţioase care reduceau drastic speranţa de viaţă, accidentele şi acordau prea puţină atenţie stării de disconfort psihic. Atunci când apăreau tulburări psihice majore, credinţa în existenţa unor forţe supraomeneşti care le-au generat (fie că era vorba de divinitate, fie de spirite sau demoni), făcea ca preotul sau vraciul să fie investiţi cu putere de tămăduire, fiind priviţi ca cei capabili să intre în contact cu aceste instanţe supraordonate umanităţii.

Psihoterapia, ca demers de sine stătător, a început să se contureze în secolele XVIII - XIX, în societăţile industriale şi urbane. La origini, primele încercări psihoterapeutice îşi propuneau să uşureze suferinţa psihică a omului bolnav (de o boală organică sau mentală) prin alte metode decât cele medicamentoase, să reducă simptomele fizice, somatizările prin influenţe psihologice şi să asigure condiţii umane de asistenţă şi îngrijire a bolnavilor psihici. Ulterior psihoterapia, ca ramură aplicativă a psihologiei, va încerca să descifreze şi să înţeleagă lumea interioară a pacienţilor pentru a le oferi suport şi repere de ancorare în realitate. Este cazul psihanalizei,

Universitatea SPIRU HARET

primul sistem structurat de definire a aparatului psihic uman şi de intervenţie psihoterapeutică. Concepţia freudiană s-a conturat într-o societate marcată de prejudecăţi şi restricţii severe, legate mai ales de sexualitate, care punea semnul sinonimiei între abstinenţă, puritanism şi moralitate, generând reprimarea şi conversia impulsurilor primare. În acest context, pe baza cazurilor tratate, **Freud** descrie psihonevrozele ca expresii psihice ale tulburării funcţiei sexuale. Mai mult, el afirmă că femeile sunt mai predispuse la tulburări nevrotice decât bărbaţii într-o lume în care femeia era închistată în rolul de soţie fidelă şi mamă, fiindu-i interzis accesul la autonomie şi afirmare socială. Remediul propus de **Freud** este realizarea *insight*-ului, prin conştientizarea pulsiunilor (sexuale şi agresive) refulate şi a conflictelor intrapsihice cu originea în copilăria timpurie (când se manifestă pentru prima dată aceste impulsuri ale idului). În cadrul socio-cultural descris mai sus, concepţia freudiană şi-a dovedit utilitatea, devenind însă din ce în ce mai puţin operantă odată cu modificarea coordonatelor vieţii în secolul XX.

Dacă luăm în considerare raportul materie (fizic, fiziologic, instinctual) / spirit, **Mihaela Minulescu** afirmă în lucrarea ***Introducere în analiza jungiană***: „la începutul secolului XX polul natură era neglijat de conştiinţa colectivă sau era chiar cvasi-absent la majoritatea pacienţilor nevrotici ai lui Freud; în prezent psihicul şi-a schimbat amplasarea şi, astfel, existenţa unei dimensiuni spirituale autentice a psihicului apare şocantă pentru omul contemporan tehnologizat şi încarcerat în «civilizaţia materială». În suferinţa psihică a omului contemporan nevoia de spiritual se manifestă compulsiv; apar variante de religiozitate sectantă sau speranţa în miracole sau căutarea unor ritualuri ezoterice dublate însă de violenţă şi dezechilibru psihic.” (**Mihaela Minulescu,** 2001)

Contemporanii noştri nu mai sunt constrânşi în aceeaşi măsură de restricţii interne (reguli interiorizate) sau externe (reguli sociale) care să le dicteze ce trebuie sau ce sunt datori să facă; ei sunt nevoiţi să rezolve problema alegerii – nu ce *trebuie*, ci ce *vor* să facă. Atrofierea instituţiilor care ofereau indivizilor structură socială (şi psihologică) i-a obligat pe aceştia să se confrunte cu propria libertate. Dacă tabloul clinic al psihonevrozei clasice cuprindea mecanisme de apărare (reprimări mai ales) şi mijloace mascate, indirecte de exprimare a libidoului, astăzi pacienţii solicită tot mai frecvent psihoterapie pentru o stare de nemulţumire vagă, slab definită. S-ar putea spune că, odată cu deteriorarea structurilor exterioare care

Universitatea SPIRU HARET

impuneau ordinea, astăzi suntem tot mai aproape de experimentarea faptelor existențiale de viață şi de asumarea libertății. Dar nu suntem întotdeauna pregătiți pentru a ne asuma deplin şi confortabil această răspundere.

Societățile postindustriale specifice contemporaneității (ne referim aici mai ales la țările occidentale) sunt caracterizate prin afirmarea libertății personale şi a individualismului, printr-un progres tehnologic şi informațional fără precedent. Ele oferă omului modern o multitudine de facilități, confort sporit, o viață mai uşoară, acces la informații şi, nu în ultimul rând, mai mult timp liber. Constatările ştiințifice, care au pus sub semnul întrebării multe idei religioase consacrate (de exemplu, ieşirea omului în Cosmos, primii paşi pe Lună au demontat imaginea Cerurilor ca loc în care vom ajunge după moarte), l-au făcut pe omul zilelor noastre să se afle în situația de a face față vieții fără să se mai poată baza pe preceptele tradiționale ale bisericii. El deține mai multe informații decât înaintaşii săi, dispune de un nivel de educație superior, ceea ce-l face să-şi conştientizeze şi mai bine limitele şi să fie neliniştit din cauza lor. De asemenea, nu mai este atât de preocupat de asigurarea zilei de mâine şi are mai mult timp pentru a-şi pune întrebări auto-perturbatoare. Reducerea numărului de ore lucrătoare pe zi şi de zile lucrătoare pe săptămână; trecerea de la familia lărgită, ca sistem social durabil cu reguli şi poziții bine stabilite, la familia nucleară (formată doar din părinți şi copii) care este tot mai frecvent marcată de fenomene ca divorțul, recăsătorirea, conviețuirea în afara căsătoriei, creşterea copiilor de un singur părinte sau renunțarea la copii; afirmarea libertății sexuale ca valoare; creşterea duratei de viață şi explozia numerică a populației; creşterea perioadei de şcolarizare a copiilor şi tinerilor şi diversificarea largă a paletei de opțiuni profesionale şi chiar ca stil de viață; emanciparea femeii şi angajarea ei şi în alte direcții decât cele legate de familie (depăşirea statutului de soție şi mamă, în favoarea unor poziții sociale, profesionale etc.); dezvoltarea mass-media ca mijloc de informare în masă – toate acestea sunt fenomene specifice sfârşitului de secol XX şi începutului de secol XXI, care-l fac pe omul care trăieşte aceste vremuri să se îndoiască de multe principii, valori, idei în care credeau părinții şi bunicii săi şi care le dădeau un sens în viață. Consecințele se reflectă în diversificarea şi acutizarea gamei de tulburări psihice, precum şi în acuzarea unei stări de disconfort psihic şi la subiecții sănătoşi din punct de vedere psihopatologic. Societatea modernă presupune parcurgerea (simultan sau consecutiv) de către individ a

Universitatea SPIRU HARET

unui mare număr de grupuri şi instituţii ale căror valori sunt adesea contradictorii. Interiorizarea lor produce, drept urmare, conflicte intrapsihice şi anxietate. Tot mai mulţi clienţi care apelează în zilele noastre la serviciile psihoterapeutice sunt copleşiţi de sentimentul lipsei de sens şi au nevoie mai mult decât oricând să-şi cunoască şi să se orienteze pe baza propriilor nevoi, dorinţe, valori, deoarece reperele externe sunt tot mai fragile (indiferent că este vorba de credinţă în Dumnezeu şi religie sau şcoală, moralitate, justiţie, familie).

Viaţa socială contemporană, atât de complexă şi de solicitantă, ridică probleme de acomodare, astfel încât există frecvent persoane ce nu reuşesc să se descurce „pe cont propriu", fără o opinie avizată care să le explice că eforturile de adaptare sunt necesare şi adeseori dificile. Specificul epocii noastre este competiţia, compararea şi ierarhizarea la toate nivelurile, încât devine tot mai acută nevoia omului modern de a fi ascultat şi acceptat fără evaluare, de a fi valorizat ca persoană şi nu ca cel care îndeplineşte o sarcină sau un rol. Promovarea puternică a unor valori ca autonomia şi afirmativitatea a dezvoltat capacitatea individului de a-şi exprima părerea, de a găsi soluţii, de a lua decizii independent, dar i-a şi creat un sentiment puternic de izolare. Mai mult, devenind excesiv de individualişti şi nemaiavând la dispoziţie norme şi repere bine stabilite şi universal recunoscute (tradiţiile, credinţele religioase sunt mult diluate astăzi), oamenii zilelor noastre încearcă să facă faţă intrând în rolul de „experţi" în rezolvarea de probleme. Aceasta se traduce în tendinţa de a da sfaturi de rezolvare rapidă, de a formula soluţii pe care ei înşişi nu le aplică, în detrimentul ascultării empatice, suportive a celui de alături. Psihoterapeutul contemporaneităţii a preluat şi sarcina de a compensa acest deficit al relaţiilor interpersonale, prin construirea unei atmosfere terapeutice de acceptare necondiţionată, de respect şi spijin afectiv faţă de pacient.

SCURT ISTORIC AL PSIHOTERAPIEI ÎN ROMÂNIA

Psihoterapia a apărut în România încă din secolul XIX, o dată cu constituirea acestui domeniu ca demers ştiinţific-sistematizat la nivel european, dar evoluţia sa ulterioară a fost caracterizată prin discontinuităţi şi dificultăţi legate de specificul istoriei noastre naţionale. Primele teme din domeniu, aduse în discuţie în ultimele

Universitatea SPIRU HARET

decenii ale secolului XIX, au fost *hipnoza, sugestia* şi *isteria.* Acest tip de fenomene au suscitat interes şi controverse în mediile universitare, fiind abordate de diverse personalităţi ale vremii (medici şi nu numai) şi a dus la publicarea la noi a primelor lucrări şi articole de specialitate (**Sofia Nădejde**, *Terapia sugestivă* şi *Hipnotism şi sugestie,* 1886; **Ion Muiere**, *Privirea în producerea fenomenelor de hipnotism,* 1915; **Alexandru Brăiescu**, *Hipnotism şi război,* 1916 ş.a.).

Începutul secolului XX este marcat de numele a doi mari psihiatri promotori ai psihoterapiei în România: **Alexandru Obregia** şi **Gheorghe Marinescu** (care s-a numărat printre studenţii lui **Charcot**), autori ai lucrării *Prelegeri de psihoterapie* (1912). Ei au promovat în cadrul şcolii medicale româneşti ideea că o mare parte dintre boli pot fi tratate, ameliorate şi chiar vindecate cu ajutorul psihoterapiei, respectiv al „terapiei prin cuvânt". Învăţământul şi practica medicală a vremii erau dominate de abordarea biologică şi endocrinologică a patologiei, de conceperea bolilor psihice în termeni de mecanisme fizice sau metabolice cuantificabile prin investigaţii de laborator. Este perioada în care concepţia psihanalitică freudiană despre interpretarea şi tratamentul bolilor nervoase începe să pătrundă şi în gândirea terapeutică românească. Celebrul neurolog **Gheorghe Marinescu** şi alte personalităţi ale vremii au exprimat puncte de vedere critice faţă de ideile freudiene, în timp ce alţi medici şi psihiatri au susţinut acest curent inovator prin articole, prezentări de cazuri clinice, teze de doctorat (printre ei, **Constantin Vlad**, **Ioan Popescu Sibiu** ş.a.). În paralel, psihanaliza intra şi în cercurile intelectuale româneşti ale anilor '30-'40, fiind promovată de psihologi şi filosofi precum: **Mihai Ralea, G.G. Antonescu, Nae Ionescu, Constantin Rădulescu Motru, Tudor Vianu**. Pe acest fond, în 1946 **C. Vlad** fondează *Societatea Română de Psihopatologie şi Psihoterapie,* reunind mai mulţi medici, psihologi, avocaţi şi alţi intelectuali ai vremii cu vederi umaniste.

Perioada celor 45 de ani de regim comunist a produs însă un regres al mişcării psihoterapeutice din România, din cauza îndoctrinării politice care nu admitea ideile umaniste promovate de psihologie şi psihoterapie şi prin izolarea brutală de lumea occidentală. Zeci de ani psihiatria şi psihologia românească au fost dominate de pavlovism, de endocrinologie şi neurologie, ignorând descoperirile din alte domenii realizate de cercetătorii şi savanţii „lumii capitaliste". În aceste condiţii, psihoterapia a continuat să supravieţuiască cumva în ilegalitate, prin eforturile unor psihologi, psihiatri, medici din diverse

Universitatea SPIRU HARET

zone ale țării, mai ales din marile centre universitare (Bucureşti, Cluj, Timişoara, Iaşi, Sibiu etc.). Aceştia au reuşit fie să se formeze pe lângă practicienii vremii în spitale, laboratoare de sănătate mentală, fie să beneficieze sporadic de burse şi cursuri pregătitoare în afara graniţelor ţării. Un moment dureros pentru istoria psihoterapiei şi a psihologiei din România este reprezentat de reprimarea brutală a acestora în 1982. Din anii '70, sub presiunea ţărilor occidentale, se produsese o aparentă deschidere culturală şi liberalizare a gândirii psihologice, permiţând cercetări ştiinţifice şi pătrunderea de noi cunoştinţe din domeniu. În anii '80 însă psihologia a fost decretată ca periculoasă, iar momentul culminant a fost cel al meditaţiei transcendentale, când o serie de intelectuali, acuzaţi că au participat la astfel de practici, au fost exilaţi în munci necalificate, iar Facultatea şi Institutul de psihologie au fost desfiinţate până în 1990.

După Revoluţia din 1989, cele două instituţii au fost reînfiinţate, iar în cadrul secţiilor şi facultăţilor cu profil psihologic au fost reluate cursurile de psihoterapie. Mai mult, din 1995 au fost înfiinţate în diverse centre universitare ale ţării (Bucureşti, Iaşi, Cluj) module de masterat şi specializări postuniversitare în mai multe direcţii, printre care Psihoterapie şi Psihodiagnostic.

În 1991, la Gătaia a fost înfiinţată, cu sprijinul prof. **Mircea Lăzărescu,** Asociaţia Română de Psihoterapie. Aceasta s-a transformat în 2001 în *Federaţia Română de Psihoterapie*, al cărei preşedinte actual este dr. **Augustin Cambosie** şi din care fac parte actualmente asociaţii naţionale de diferite tipuri de psihoterapie, cu sedii în diverse oraşe ale ţării: Bucureşti, Iaşi, Arad, Cluj, Miercurea-Ciuc. Acestea sunt: Asociaţia română de psihoterapie psihanalitică, Asociaţia română de psihodramă clasică, Asociaţia română de somatoterapie, Asociaţia română de hipnoză clinică, relaxare şi terapie eriksoniană, Societatea de analiză existenţială şi logoterapie, Societatea română de analiză tranzacţională, Asociaţia pentru psihoterapie şi psihologie adleriană din România, Asociaţia română de terapie cognitivă şi comportamentală, Asociaţia de psihoterapie prin relaxare, simboluri şi hipnoză, Asociaţia română de terapie cognitiv-comportamentală, Societatea de psihodramă J.L. Moreno, Asociaţia de hipnoză şi psihoterapie cognitiv-comportamentală, Societatea de Psihoterapie Experienţială Română, Asociaţia română de psihoterapie centrată pe persoană, Asociaţia română de psihologie analitică. Alte asociaţii se află în curs de afiliere la acest for profesional şi de acreditare.

Universitatea SPIRU HARET

În 2000, la inițiativa Societății de Psihoterapie Experiențială Română condusă de prof. **Iolanda Mitrofan** şi sub egida Asociației Naționale a Psihologilor din România, s-a constituit *Colegiul Consilierilor şi Psihoterapeuților din România*, din care fac parte: Societatea de Psihoterapie Experiențială Română, Societatea Română de Sugestie Hipnoză, Fundația Carl Gustav Jung şi Asociația de Ştiințe Cognitive din România.

În prezent, în România există o varietate de şcoli de psihoterapie, inițiate de formatori pregătiți în străinătate sau care au beneficiat de traininguri organizate în România de psihoterapeuți din afară. Aceste şcoli oferă, pe parcursul a câțiva ani, cursuri pregătitoare, teoretice şi practice, susținute de formatori calificați şi supervizare. Numărul de ore de pregătire variază de la o şcoală la alta, dar este în medie de peste 300 de ore şi necesită completarea cu o terapie personală, de autocunoaştere şi igienizare mentală. Printre aceste şcoli, se numără cele de: psihoterapie experiențială, psihodramă, psihoterapie cognitiv-comportamentală, hipnoterapie, psihoterapie psihanalitică, logoterapie şi analiză existențială ş.a.

Activitatea şcolilor şi asociațiilor psihoterapeutice din România, ca şi a diverşilor practicieni s-a materializat în ultimul deceniu într-un mare număr de publicații: cărți, reviste, traduceri şi prin participări importante ale specialiştilor români la manifestări ştiințifice internaționale. De asemenea, asociațiile profesionale din România fac eforturi serioase pentru promovarea unei Legi a psihoterapiei şi pentru recunoaşterea oficială a acestei profesii conform normelor europene. Printre obiectivele propuse se numără crearea premiselor pentru obținerea de către psihoterapeuții români a Certificatului European de Psihoterapie (ce conferă dreptul la practică în orice țară a Comunității Europene) şi aderarea la forurile europene şi internaționale de psihoterapie.

ÎNTREBĂRI PENTRU CURSANȚI

1. *Analizați modul de definire şi de tratare a tulburărilor psihice în societățile occidentale din Antichitate şi din Evul Mediu, în comparație cu societățile primitive şi tradiționale.*

2. *Definiți contribuția lui Sigmund Freud la conturarea psihanalizei ca metodă originală de sondare în profunzime şi de restructurare a personalității umane.*

Universitatea SPIRU HARET

3. *Explicitați diferența dintre terapiile comportamentale şi cele cognitiv-comportamentale în definirea şi tratamentul tuburărilor psihice.*

4. *Explicați modul de concepere a ființei umane în cadrul concepțiilor umaniste şi cum au determinat acestea conturarea orientării umanist-experiențialiste în psihoterapie.*

5. *Realizați o paralelă între cele trei curente esențiale în psihoterapie: orientarea analitică (dinamică), orientarea comportamentală şi orientarea umanist- experiențialistă.*

6. *Încercați să formulați o sinteză asupra evoluției psihoterapiei de-a lungul timpului. Comparați concluziile la care ați ajuns cu cele ale capitolului de față.*

BIBLIOGRAFIE

1. Atkinson Rita, Atkinson Richard, Smith Edward, Bem Daryl, Nolen-Hoeksema Susan, *Hilgard's Introduction to Psychology,* Harcourt Brace College Publishers, USA, 1996.

2. Holdevici Irina, *Elemente de psihoterapie*, Editura All, Bucureşti, 1996.

3. Ionescu Gheorghe, *Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie,* Editura Asklepios, Bucureşti, 1995.

4. Mitrofan Iolanda, *Orientarea experiențială în psihoterapie,* Editura SPER, 2000.

5. Nathan Tobie, *L'Influence qui guérit*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2001.

Universitatea SPIRU HARET

IV. **ORIENTAREA ANALITICĂ (DINAMICĂ) ÎN PSIHOTERAPIE**

IV.1. **Psihanaliza clasică freudiană**

IV.1.1. *Fundamentare teoretică*

Orientarea analitică (dinamică) este prima propunere de intervenţie psihoterapeutică sistematică, ce se năştea la începutul secolului XX din gândirea şi practica clinică a lui **Sigmund Freud** (1856-1939). Axat pe conceperea personalităţii într-o manieră complet inedită, care revoluţiona gândirea psihologică şi medicală a vremii, curentul psihanalitic a stârnit iniţial vii controverse şi reacţii de respingere. Mai apoi, susţinut şi îmbogăţit şi de alte personalităţi ale vremii (**Sándor Ferenczi, Otto Rank, Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Wilhelm Steke**l ş.a.) care au intuit genialitatea şi profunzimea propunerii freudiene, ea s-a impus ca unul dintre cele mai valoroase repere ale înţelegerii fiinţei umane.

Aşa cum îl definea chiar creatorul său, **Sigmund Freud**, conceptul de psihanaliză acoperă trei accepţiuni intercorelate: (a) este o teorie a personalităţii; (b) o modalitate de cercetare (studiere) a personalităţii; şi (c) un procedeu terapeutic de schimbare a personalităţii. „Nu dorim doar să descriem şi să clasificăm fenomenele, ci intenţionăm să le concepem ca pe nişte indicii ale unui joc de forţe care se desfăşoară în viaţa psihică, ca manifestări ale unor tendinţe cu scop diferit şi care acţionează fie în aceeaşi direcţie, fie în direcţii opuse…. Scopul nostru este acela al ştiinţei în general: vrem să înţelegem fenomenele, să le raportăm unele la altele şi, în ultimă instanţă, să amplificăm pe cât posibil puterea noastră faţă de ele.”, afirma **Freud** descriindu-şi demersul de cercetare. Teoria psihanalitică a personalităţii accentuează rolul proceselor intrapsihice care se derulează la nivel mental, rolul tendinţelor inconştiente şi al dezvoltării din copilăria timpurie. Încă de la naştere, copilul este guvernat de forţe instinctuale înnăscute, care-l împing către căutarea şi obţinerea plăcerii. **Freud** considera că natura acestor forţe este de două tipuri: *sexuală şi agresivă.* Pe măsură ce înaintează în vârstă, în confruntarea cu condiţiile realităţii, individul

Universitatea SPIRU HARET

traversează diferite stadii de *dezvoltare psiho-sexuală*. În urma parcurgerii acestora, prin interiorizarea cerinţelor şi a restricţiilor sociale, se dezvoltă în individ alte forţe intrapsihice, cu rol de cenzură. Pe acest fond, există *conflicte în mai multe planuri* simultan: instinctele duale sau polare se opun unele altora (instanţele Egoului se opun instinctelor libidinale sau, în concepţia freudiană revizuită, Erosul se opune Tanatosului); instinctele se confruntă cu cerinţele mediului şi, mai târziu, cu regulile morale interiorizate în Superego (individul este nevoit să negocieze, fără să fie conştient, între presiunea internă către satisfacţie imediată şi principiul realităţii care presupune întârzierea gratificării). Astfel că, permanent, tendinţele instinctuale ale individului se află în luptă cu lumea din jur care nu permite satisfacerea apetitului sexual şi agresiv înnăscut. Se produc, în consecinţă, *refulări* şi *reconvertiri* ale tendinţelor primare reprimate sub forma de: *acte ratate, de vise, de simptome sau de stări morbide, nevrotice*. Pentru a cerceta aceste fenomene, psihanaliza clasică studiază ideile, visele, comportamentele, erorile persoanei, cu scopul de a descoperi semnificaţia ascunsă pe care o au acestea pentru individ. Iar psihoterapia psihanalitică utilizează înţelegerea şi conştientizarea obţinute prin aceste procedee pentru a produce schimbări adaptative la nivelul personalităţii.

Teoria freudiană asupra personalităţii constă dintr-un număr de patru subteorii separate, dar interconectate, asupra cărora autorul a revenit şi le-a revizuit în mai multe rânduri de-a lungul celor 45 de ani de practică psihanalitică. Din împletirea acestora rezultă concepţia psihanalitică clasică ce stă la baza sistemului terapeutic psihanalitic.

a. **Determinismul psihicului uman**

Psihoterapiile de orientare dinamică au la bază ideea preluată din fizică, conform căreia orice fenomen este rezultatul interacţiunii unor forţe. Conform acestei concepţii, fiinţa umană este o structură complexă, iar toate fenomenele psihice, comportamentele nu apar la întâmplare, ci reprezintă rezultatul interacţiunii unor forţe intrapsihice aflate în conflict. Chiar şi cele mai simple sau mărunte comportamente pot fi determinate de factori psihici complicaţi, de care persoana este în totalitate inconştientă (**Freud** a acordat o deosebită importanţă în analiză aşa-numitelor „acte ratate" – erori în vorbire, scris, citit, amnezii inexplicabile etc.). În demersul psihanalitic se pune accent pe descoperirea de către pacient a variatelor procese şi mecanisme psihologice care stau la baza structurii personalităţii sale şi pe descoperirea surselor şi motivelor ascunse aflate la originea comportamentelor şi a problemelor sale.

Universitatea SPIRU HARET

b. **Organizarea sistemului psihic uman**

Freud este cel care introduce conceptul de „aparat psihic" uman şi propune o împărţire topografică a psihicului, implicit o organizare pe verticală a vieţii psihice. În varianta iniţială, creatorul psihanalizei descrie aparatul psihic ca fiind compus din trei niveluri supraetajate: *conştientul*, *preconştientul* şi *inconştientul*. **Freud** compară psihicul uman cu un iceberg, din care doar o mică parte se află deasupra apei (*conştientul*), o mică parte se află chiar la suprafaţă (*preconştientul*), iar cea mai mare masă se situează sub apă (*inconştientul*).

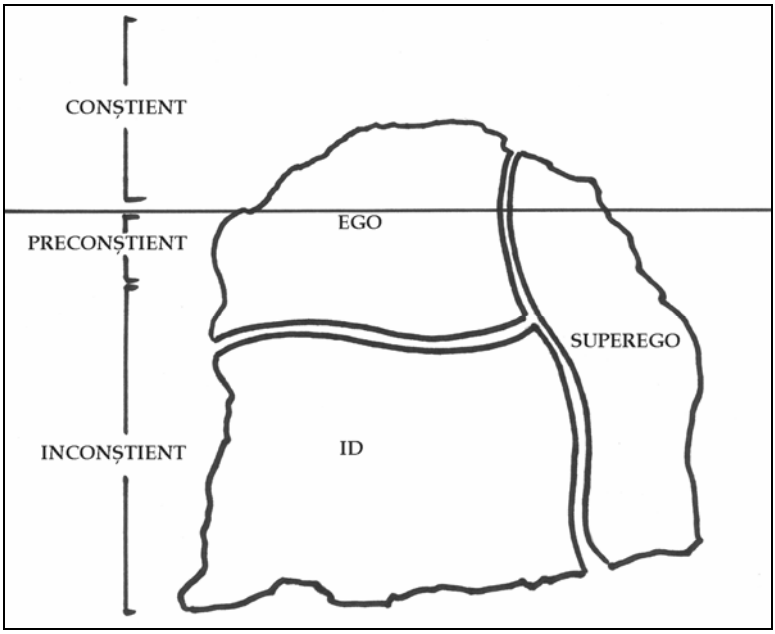
Conştientul include lucrurile de care suntem conştienţi în prezent, pe care le utilizăm într-un anumit moment temporal. **Freud** considera că doar o mică parte din gândurile, imaginile şi senzaţiile unei persoane sunt conştiente. *Preconştientul* include gândurile de care nu suntem momentan conştienţi, dar care pot fi aduse uşor în conştiinţă. Funcţionează ca un fel de filtru, ca o „staţie de tranzit", îndeplinind funcţia de „cenzură" şi permiţând accesul selectiv în conştiinţă doar acelor impulsuri şi idei acceptabile pentru ea. *Inconştientul* este sediul instinctelor sexuale şi agresive înscrise în structura somatică a organismului, rezervorul pulsiunilor şi al energiei psihice, depozitul trăirilor şi actelor refulate.

În această variantă, **Freud** considera că rolul esenţial în structura personalităţii îi revine inconştientului care reprezintă partea dominantă a minţii. Cea mai mare parte a comportamentului uman este motivată de forţe provenind de la acest nivel şi de care persoana este total inconştientă. Majoritatea impulsurilor inconştiente sunt inacceptabile raţional şi social şi atunci, în loc să se exprime la nivel conştient, satisfacerea lor este barată sau amânată de către instanţele de cenzură. O parte dintre tendinţele inconştiente pătrund astfel în conştiinţă numai într-o formă deghizată sau simbolică şi deseori cu mare dificultate. Atâta timp cât între cele trei instanţe există un echilibru, viaţa psihică a individului se desfăşoară firesc, în limitele normalităţii. Când intervin însă distorsiuni, dezechilibre, blocaje excesive, apar noi modele interacţionale care circumscriu patologicul.

După 1920, **Freud**, recunoscând unele limite ale concepţiei sale, o revizuieşte şi îi aduce o serie de corective. Dacă până atunci accentul căzuse pe inconştient şi pe sexualitate, începând cu lucrarea *Sinele şi Eul* (1922), el se reorientează spre segmentele superioare ale vieţii psihice cărora le acordă o mai mare atenţie şi o analiză mai nuanţată. În noul model structural, personalitatea apare ca fiind divizată în trei sisteme majore care interacţionează unele cu altele: *Id-ul (Sinele*), *Ego-ul (Eul)* şi *Superego-ul (Supraeul).*

Universitatea SPIRU HARET

Id-ul este partea cea mai primitivă a personalității din care se dezvoltă mai târziu Ego-ul şi Superego-ul. El conține toate aspectele psihologice prezente la naştere, impulsurile biologice de bază: nevoia de a mânca, de a bea, de a defeca, de a micționa, de a evita durerea şi de a obține plăcerea. Aceste nevoi organice se cer satisfăcute şi sunt încărcate de o tensiune care are nevoie să se descarce. *Id-ul* funcționează după *principiul plăcerii,* căutând descărcarea şi satisfacerea imediată a nevoilor.



Figura

Ego-ul preia o parte din energia psihică de la nivelul *Id-ului* pentru a-şi dezvolta propriile funcții. Astfel, sub influența mediului, o porțiune a *Id-ului* suferă o dezvoltare specială, devenind un intermediar între *Sine* şi lumea exterioară. *Ego-ul* este latura executivă a personalității care mediază între impulsurile *Id-ului*, regulile *Superego-ului* şi cerințele realității. Pe măsură ce cresc, copiii învață că nevoile nu le pot fi satisfăcute întotdeauna imediat. Anumite impulsuri (joaca cu organele genitale, lovirea cuiva ş.a.) sunt, de regulă, pedepsite de către adulți. *Ego-ul* se formează ca parte nouă şi distinctă a personalității atunci când

copilul învaţă să ţină cont de cerinţele realităţii. El funcţionează după *principiul realităţii* care postulează că satisfacerea unei nevoi trebuie amânată până când situaţia şi contextul o permit.

Superego-ul constă în reprezentarea internalizată a valorilor parentale şi sociale. Se constituie prin preluarea influenţelor materne, paterne şi a influenţelor mediului social mai general (familial, şcolar, rasial, naţional). Fiinţele umane funcţionează atât ca indivizi, cât şi ca membri ai societăţii; din această cauză, ei trebuie să înveţe să facă faţă nu numai constrângerilor directe ale realităţii fizice, ci şi să se conformeze normelor şi standardelor sociale. În timp, aceste „legi" ale societăţii sunt internalizate de individ, fără să mai necesite control extern (pedepse, recompense oferite de părinţi, educatori, instituţii etc.), şi alcătuiesc instanţa psihică numită *Superego* prin care individul preia controlul asupra propriului comportament. Este instanţa care decide dacă o acţiune este bună sau rea. Când acţiunile şi gândurile persoanei sunt acceptabile şi conforme regulilor, aceasta trăieşte un sentiment de mândrie, satisfacţie şi valoare. Încălcarea sau doar impulsul spre încălcarea standardelor *Superego-ului* produce anxietate (care are la origine teama de a nu pierde dragostea părinţilor). După **Freud**, această anxietate este inconştientă şi poate fi experimentată ca vină. Principiul după care funcţionează *Superego-ul* este *principiul idealităţii*.

Dintre aceste instanţe, rolul cel mai important îi revine, după opinia lui **Freud**, *Ego-ului,* cel care îndeplineşte trei mari categorii de funcţii: faţă de *Id* (controlează impulsurile, hotărăşte asupra satisfacerii, amânării sau reprimării pulsiunilor); faţă de *Superego* (se raportează la cadrul moral, la normele şi valorile sociale aşa cum sunt ele transmise de părinţi); faţă de realitate (receptează şi transformă lumea exterioară în beneficiul persoanei). Cele trei componente ale personalităţii se află adesea în opoziţie sau chiar în conflict. Conflictul intrapsihic apare atunci când scopurile a două sau a celor trei instanţe diferă şi, cel mai adesea, atunci când cererile *Id-ului* presează pentru satisfacere imediată. Pentru rezolvarea conflictului ar exista trei variante logic posibile: eliminarea completă a dorinţei (ceea ce nu este posibil: o dorinţă poate fi eliminată din conştiinţă, dar nu din totalul personalităţii); exprimarea directă a dorinţei; şi redirecţionarea dorinţei (soluţia cel mai frecvent utilizată). Conflictele intrapsihice sunt inevitabile şi fac parte din funcţionarea normală a personalităţii; rezolvarea lor se realizează de către *Ego* printr-un proces defensiv care necesită energie psihică. În personalitatea sănătoasă, bine integrată, *Ego-ul* păstrează un control ferm, dar flexibil asupra celor trei categorii de cerinţe, guvernând după principiul realităţii. Cu cât *Ego-ul* reuşeşte să reducă cu mai mult succes con-

Universitatea SPIRU HARET

flictele intrapsihice, cu atât mai multă energie rămâne disponibilă pentru realizarea funcţiilor mentale superioare ca rezolvarea de probleme şi activităţile creatoare.

c. **Dinamica personalităţii**

Freud a preluat din fizică principiul conservării energiei (care afirmă că energia se poate transforma în diferite forme, dar nu poate fi nici creată, nici distrusă) şi a postulat că fiinţa umană este un sistem energetic închis. În fiecare individ există o cantitate constantă de energie psihică, numită de **Freud** *libido* (termenul latin pentru poftă), termen care se referă nu numai la energia sexuală, dar în cadrul căruia impulsurile sexuale sunt considerate primare.[1] Impulsurile, dorinţele *Id-ului*, care conţin energia psihică, au nevoie să se exprime, să se manifeste la nivel conştient. Unele dintre aceste pulsiuni sunt inacceptabile din punct de vedere moral sau raţional şi atunci sunt refulate (reprimate). Reprimarea lor de către instanţele de cenzură va face ca energia psihică să se acumuleze, să caute o altă ieşire şi să se exprime altundeva în sistem, posibil sub o formă deghizată (ca vis, simptom nevrotic sau în forme sublimate: muzică, artă, religie).

Freud considera iniţial că motivaţia umană este în întregime sexuală, în sensul că întreg comportamentul uman ar fi motivat de căutarea plăcerii. Societatea, prin regulile şi prescripţiile sale, plasează obstacole în calea îndeplinirii directe şi complete a tendinţelor de căutare a plăcerii. Rezultatul este că fiecare personalitate în parte se dezvoltă prin stabilirea unui compromis între satisfacerea impulsurilor sexuale şi normele sociale restrictive.

După 1920, **Freud** şi-a modificat teoria asupra motivaţiei, incluzând în concepţia sa impulsurile agresive (numite şi instinctul morţii, impulsul morţii sau *Thanatos* în opoziţie cu impulsul vieţii sau *Eros*). Tendinţele agresive sunt cele care determină aspectele distructive ale comportamentului uman şi dispun de propria lor energie psihică, căreia Freud nu i-a mai dat un nume specific. După revizuirea teoriei, el considera că dezvoltarea şi funcţionarea tendinţelor sexuale şi a celor agresive se face în paralel şi că ambele motivează comportamentul uman.

---

[1] **Freud** a utilizat iniţial termenul *sexual* pentru a defini toate acţiunile şi gândurile plăcute, nu numai pe cele erotice. El a denumit energia psihică a impulsurilor erotice *libido,* termen care se referă însă şi la energia specifică tuturor activităţilor mentale: percepţie, gândire, imaginaţie, memorie, rezolvare de probleme.

Universitatea SPIRU HARET

d. **Dezvoltarea stadială a personalității**

Piatra de temelie a teoriei psihanalitice o constituie postulatul conform căruia experiențele din copilăria timpurie joacă un rol esențial în formarea personalității adulte. Conform concepției freudiene, în primii cinci ani de viață individul parcurge câteva *stadii de dezvoltare psihosexuală* care îi afectează profund structurarea personalității. Această stadialitate a fost denumită de **Freud** psihosexuală, deoarece se referă la manifestarea psihologică a tendințelor sexuale de obținere a plăcerii. În fiecare stadiu, impulsul de obținere a plăcerii (libidoul) este focalizat pe anumite zone ale corpului şi pe activitățile conectate cu acestea. Aceste zone sunt în mod particular sensibile la stimularea erotică şi sunt numite *zone erogene.* Pentru a trece de la un stadiu la următorul, libidoul trebuie eliberat de zona erogenă primară a stadiului anterior şi reinvestit în zona erogenă primară a stadiului ulterior. Abilitatea de a transfera energia psihică de la un stadiu la altul depinde de cât de bine reuşeşte să rezolve individul conflictele de dezvoltare care apar între expresia liberă a impulsurilor biologice şi restricțiile parentale. De regulă, oamenii au dificultăți de a trece de la un stadiu la următorul atunci când experimentează *frustrarea* (nevoile personale nu le sunt îndeplinite sau sunt doar parțial satisfăcute) sau *supraindulgența* (nevoile personale sunt atât de bine îndeplinite, încât se produce un blocaj la nivelul stadiului respectiv). În ambele cazuri se produce o fixare a libidoului la nivelul zonei şi a activităților specifice stadiului respectiv de dezvoltare, ceea ce va afecta evoluția firească a personalității. În cazul producerii unei fixări puternice, adultul va fi dominat de tendința de a obține satisfacție prin căi specifice acelui stadiu, va rămâne atras de tipurile de activități potrivite acestuia. Şi în cazul dezvoltării normale a personalității, în mod inevitabil anumite „cantități" din libido rămân fixate la nivelul fiecărui stadiu psihosexual; însă cu cât îi este mai dificil persoanei să rezolve conflictul specific unui anumit stadiu, cu atât o cantitate mai mare de libido va rămâne fixată la acel stadiu. Stadiile de dezvoltare psihosexuală descrise de **Freud** sunt: *stadiul oral, stadiul anal, stadiul falic, perioada de latență* şi *stadiul genital*.

Freud a fost preocupat mai ales de descrierea şi analizarea stadiilor pregenitale de dezvoltare, susținând că primii cinci ani de viață sunt esențiali în formarea personalității. El considera că momentul critic al dezvoltării personalității îl constituie rezolvarea *complexului Oedip* (care se dezvoltă în timpul stadiului falic), care asigură evoluția către sănătate mentală sau către psihopatologie. De asemenea, stadiul falic este deosebit de important, deoarece, prin identificarea cu părinții, se dezvoltă conştiința morală a copilului. Concepția lui **Freud** despre

Universitatea SPIRU HARET

sexualitatea infantilă şi *complexul Oedip* a făcut obiectul a numeroase critici[2]. Se poate afirma că teoriile sale asupra formării personalităţii şi despre mecanismul psihonevrozelor se potrivesc societăţii europene de la începutul secolului XX. Se poate spune că modelul tradiţional de familie, moralitatea restrictivă, oprobiul manifestărilor sexualităţii au generat în acel moment istoric, în acea cultură, o problematică specifică pe care **Freud** a sesizat-o, a descris-o şi a propus o modalitate de abordare şi de rezolvare a ei: psihanaliza. Alţi psihanalişti, continuatori ai lui **Freud**, au preluat metoda şi baza teoretică, dar au contrazis multe dintre postulatele freudiene: interpretarea sexuală pe care **Freud** o dă comportamentelor şi sentimentelor copilului de 5 ani, conceperea dezvoltării personalităţii ca un proces care se încheie în jurul aceleiaşi vârste, afirmarea inferiorităţii feminine prin invidia penisului, ignorarea influenţelor sociale din stadiile adulte etc.

IV.1.2. *Tehnicile specifice psihanalizei clasice*

Psihanaliza este un proces de lungă durată, intensiv, care necesită efort şi o investiţie serioasă din partea pacientului. În varianta clasică se lucrează 5 sau 6 zile pe săptămână, în şedinţe de circa 50 de minute. Durata totală a tratamentului psihanalitic variază de la un an la mai mulţi ani. În timpul şedinţelor de psihanaliză, de regulă, pacientul stă întins pe o canapea (divan), iar terapeutul este aşezat în spate, în afara câmpului său vizual. Poziţia culcată (semişezândă) a pacientului a fost preluată din intervenţiile de tip hipnotic pe care **Freud** le practica la începutul carierei. Avantajele sale sunt că: îi permite pacientului să intre într-o stare de relaxare, apropiată de starea de somn; în această poziţie are libertate pentru visare, regresie, accesul la inconştient; resimţirea unor

[2] Unii dintre biografii lui **Freud** consideră că detaliile despre familia şi istoria sa de viaţă sunt relevante pentru a înţelege importanţa pe care el o va acorda „constelaţiei familiale", filiaţiei şi interacţiunilor oedipiene. Tatăl lui **Freud**, Jakob, avea doi copii dintr-o primă căsătorie: Emmanuel şi Philippe, iar a doua căsătorie a fost contemporană cu naşterea nepotului său (fiul lui Philippe), în 1855. În momentul naşterii lui **Freud** (1856), tatăl său avea 41 de ani, iar mama sa, Amalia, 21 de ani. Au urmat Julius în 1857 şi Anna în 1858. În 1858 criza şi ruina lui Jakob l-au determinat pe acesta să plece în Saxonia împreună cu cei doi fii mai mari, în timp ce Sigmund cu mama sa şi fraţii mai mici merg la Leipzig. Pentru o perioadă de doi ani familia a fost despărţită, iar Sigmund a avut o relaţie foarte strânsă cu mama, în absenţa tatălui. Familia s-a reîntregit în 1860 şi s-a reinstalat la Viena, unde **Freud** urmează liceul şi apoi studiază medicina.

Universitatea SPIRU HARET

impulsuri corporale (inclusiv la nivelul organelor genitale) sunt facilitate; iar analistul îşi poate controla mai uşor reacţiile şi procesele mentale.

Înainte ca pacientul să fie acceptat pentru psihanaliză se realizează o evaluare diagnostică, se discută expectaţiile pacientului, acesta este avertizat în legătură cu producerea de posibile modificări serioase în sfera personalităţii sale şi i se explică modalitatea de lucru. Procedura pre-liminară presupune ca pacientului să i se acorde apoi o perioadă de reflecţie de 2-3 săptămâni pentru a hotărî dacă este dispus să se angajeze într-un astfel de demers. Dacă terapeutul şi pacientul decid că problemele acestuia din urmă sunt abordabile prin intermediul psihanalizei, se fixează ora precisă şi zilele terapiei. Pacientului i se recomandă să nu facă schimbări radicale în viaţa sa (familială, profesională) cel puţin în fazele incipiente ale terapiei, până când nu sunt analizate motivaţiile inconştiente de la baza acestor schimbări.

Tehnicile utilizate în psihanaliză sunt: *asociaţiile libere, analiza viselor, analiza acţiunilor pacientului, analiza transferului, analiza rezistenţelor, analiza Ego-ului, interpretările* şi *prelucrările*.

a. **Metoda asociaţiilor libere** este tehnica de bază utilizată în psihanaliză pentru descoperirea conflictelor inconştiente. La începutul carierei sale, **Freud** hipnotiza pacienţii pentru a-i ajuta să îşi amintească evenimentele care ar fi putut fi legate de problematica lor. Ulterior însă, el a constatat că putea lucra cu pacienţii nehipnotizaţi, dacă le oferea suficientă libertate pentru a hoinări printre gânduri şi amintiri, ceea ce le permitea să-şi înţeleagă propriile conflicte inconştiente. Astfel a luat naştere tehnica asociaţiilor libere care constă în a-i cere pacientului să dea frâu liber gândurilor şi sentimentelor şi să spună tot ce-i trece prin minte fără cenzură sau fără să încerce să urmărească un fir logic. Subiectul pe marginea căruia clientul asociază liber este lăsat integral la latitudinea sa. Psihanalistul intervine doar pentru a furniza „cârlige" care pot declanşa noi asociaţii (cum ar fi întrebări de genul: „la ce te duce gândul aceasta?"; „ce imagine îţi vine acum în minte?"; „câţi ani aveai când s-a întâmplat asta?"). Produsele asociaţiilor pot fi amintiri, imagini, reverii diurne, sentimente, dorinţe, acuze, reproşuri etc. prin care inconştientul relevă conţinuturile sale reprimate, eliberând individul de efectele lor. Deşi la prima vedere poate părea simplă, metoda nu este uşor de aplicat. În conversaţiile din viaţa curentă suntem obişnuiţi să facem exact opusul: încercăm să păstrăm o linie directoare care să lege remarcile pe care le facem şi să excludem ideile irelevante, să fim prudenţi şi să ne gândim bine înainte să vorbim. De aceea, pentru a asocia liber, pacientul are nevoie de practică şi de o relaţie terapeutică

Universitatea SPIRU HARET

încurajatoare, care să-i ofere încredere şi siguranţă. Dar chiar şi atunci când persoana încearcă să dea frâu liber gândurilor sale pot interveni blocaje. **Freud** considera că blocajele, numite de el rezistenţe, rezultă din controlul inconştient al individului asupra zonelor sensibile şi că tocmai aceste zone ar trebui explorate mai departe în analiză.

b. **Analiza viselor** este o altă tehnică utilizată adesea în psihanaliză alături de asociaţiile libere. De fapt, pacienţii se referă de multe ori în mod spontan în cursul asociaţiilor libere la visele pe care le-au avut. Ca şi asociaţiile libere, şi visele pot fi privite ca reprezentând reacţiile celui care visează la propriile sale experienţe şi conţinuturi de natură inconştientă. **Freud** a caracterizat visele drept „calea regală spre inconştient", afirmând că acestea constituie cea mai bună sursă de informaţii despre inconştientul celui analizat. El a descris două niveluri ale conţinutului viselor: *conţinutul manifest* (conştient, cel pe care îl poate povesti persoana) şi *conţinutul latent* (inconştient, reprezintă semnificaţia reală a visului, setul de evenimente intrapsihice ascunse de conţinutul manifest). **Freud** descria visele ca încercări deghizate de a îndeplini dorinţele cele mai profunde sau nevoile care sunt prea dureroase ori culpabilizatoare pentru a fi acceptate conştient. Aceste dorinţe şi idei reprezintă conţinutul latent al visului; ele sunt exprimate în forme deghizate prin conţinutul manifest al visului. Transformarea conţinutului latent în conţinut manifest se realizează printr-o serie de mecanisme de natură dinamică de elaborare a visului[3], ce îl protejează pe cel care visează, permiţându-i să exprime simbolic impulsurile reprimate. Astfel, sunt evitate vina şi anxietatea care ar apărea dacă acestea s-ar manifesta direct.

[3] Principalele procese descrise de Freud ca fiind responsabile de transformarea conţinutului latent al visului în conţinut manifest sunt: condensarea, deplasarea şi simbolizarea. Condensarea combină şi comprimă teme inconştiente separate rezultând o formă abreviată a conţinutului latent sub forma conţinutului manifest (de exemplu, a visa o persoană care are chipul soţiei şi vocea mamei). Deplasarea presupune substituirea obiectului propriu cu un alt obiect (de exemplu, atribuirea intenţiilor proprii altor personaje din vis) sau reorientarea accentului de la elementul esenţial al visului la un alt element neimportant care devine central în conţinutul manifest. Simbolizarea presupune utilizarea de obiecte sau idei (simboluri) care înlocuiesc elemente din conţinutul latent, făcându-le să devină de nerecunoscut în conţinutul manifest al visului. Psihanaliza aduce în discuţie simboluri tipice, precum: rege-regină pentru parentalitate, obiecte tăioase, ascuţite pentru masculinitate, obiecte pasive, conţinătoare ca peşteră, tunel, cavitate pentru feminitate etc.

În psihanaliză, vorbind despre conținutul manifest al visului şi apoi asociind liber pe marginea acestuia, analistul şi clientul încearcă să ajungă la conținuturile inconştiente. De regulă, metoda analizei viselor cere pacientului să asocieze nu asupra visului în întregime, ci asupra detaliilor pe care el sau psihanalistul le consideră semnificative. De-a lungul şedințelor apar teme specifice care se pot relua în alte vise, iar materialele obținute pot fi continuate şi amplificate în analizele ulterioare. Pentru a-l ajuta pe pacient să-şi interpreteze visele, este obligatoriu ca analistul să cunoască foarte bine personalitatea şi problematica celui cu care lucrează şi să fie permanent conştient de faptul că nu există un simbolism universal al viselor, care să poată fi aplicat oricărei persoane, în orice context.

c. **Analiza acțiunilor pacientului** se referă atât la comportamentele verbale, cât şi la cele nonverbale ale pacientului, atât la cele din cursul şedinței de psihanaliză, cât şi la cele din afara ei. În timpul şedinței se pot observa o serie de comportamente neintenționate care pot fi analizate: erorile de pronunțare a unor cuvinte, lapsusurile, comportamentul de flirt cu terapeutul, grija excesivă pentru a nu se şifona etc. În afara şedinței pot apărea modificări ale comportamentului pacientului în familie sau la locul de muncă, pot apărea sau dispărea simptome, poate creşte sau scădea anxietatea.

d. **Analiza rezistențelor.** Conceptul de rezistență se referă la orice interferă cu desfăşurarea firească a cursului terapiei. Rezistențele pot fi *conştiente* sau *inconştiente*. Vorbim despre rezistențe conştiente atunci când pacientul împiedică în mod conştient progresul analizei, de pildă hotărând să nu-i povestească analistului un vis care l-a perturbat, să nu-i împărtăşească unele idei care îi trec prin minte sau să lipsească de la o şedință terapeutică. Rezistențele inconştiente se produc atunci când pacientul nu-şi dă seama de felul în care perturbă procesul analitic, ca de pildă în cazul pauzelor şi blocajelor în fluxul asociațiilor, al asociațiilor superficiale şi multiple, al apariției de noi simptome, al adormirii în timpul şedinței psihanalitice. Rezistențele inconştiente sunt cele mai semnificative, deoarece oferă informații importante despre structura de personalitate a pacientului şi ele sunt indicii ale luptei inconştiente a acestuia. Persoana analizată a reuşit în decursul vieții să ajungă la un anumit gen de adaptare, la un stil de comportament care-i permite să facă față diverselor provocări. Ea va lupta împotriva asociațiilor libere şi a analizei, deoarece simte că intră pe un teritoriu nesigur, în care mecanismele de apărare pe care şi le-a

Universitatea SPIRU HARET

făurit sunt ameninţate. În plus, unele dintre tendinţele şi dorinţele inconştiente sunt atât de terifiante şi inacceptabile pentru pacient, încât acesta nu le poate admite conştient, cel puţin la început. În aceste situaţii intră în acţiune rezistenţele.

După **Freud**, rezistenţele au întotdeauna o natură dual: ele interferă cu tratamentul, dar, în acelaşi timp, constituie o sursă de informaţii esenţială pentru analiză. El considera rezistenţele (ca şi transferul) ca fiind puncte centrale şi instrumente importante ale psihanalizei. Sarcina terapiei este de a-l conduce pe pacient în analizarea rezistenţelor sale, pentru a-i demonstra ce rol joacă acestea în viaţa sa curentă şi în ce măsură rezistenţele îl împiedică să afle cauza disconfortului prezent.

e. **Analiza transferului.** În psihanaliză, atitudinea pacientului faţă de terapeut este considerată ca o parte importantă a tratamentului. **Freud** afirma că, mai devreme sau mai târziu, clientul va dezvolta reacţii emoţionale puternice faţă de psihanalist care pot avea coloratură pozitivă (dragoste, respect, admiraţie) sau negativă (ostilitate, ură, gelozie, dezgust). Atâta vreme cât psihanalistul îşi menţine neutralitatea, majoritatea reacţiilor emoţionale ale pacientului nu sunt rezultatul situaţiei prezente, ci izvorăsc din propriile tendinţe şi dorinţe ascunse. Tendinţa pacientului de a face din analist obiectul răspunsurilor sale emoţionale este cunoscută sub numele de *transfer*. Este vorba despre atitudini şi sentimente pe care pacientul le are sau le-a avut faţă de alte persoane semnificative din viaţa sa (de obicei din trecut) şi care sunt acum deplasate şi manifestate în relaţia cu analistul. **Freud** considera că transferul reprezintă relicve ale reacţiilor din copilărie faţă de părinţi şi îl utiliza ca modalitate de a-i explica pacientului originile multora dintre temerile şi problemele sale. De exemplu, un pacient care a avut un tată rigid şi strict poate transfera sentimentele de nesiguranţă şi ostilitate, neexprimate faţă de părinte, asupra psihanalistului, considerând interpretările acestuia ca fiind critice şi simţindu-se dominat.

Transferul poate fi considerat ca cea mai importantă formă de rezistenţă inconştientă. În psihanaliză, această relaţie (deşi are la bază o reacţie inadecvată) este utilizată terapeutic, explicându-i-se pacientului de unde provin reacţiile transferenţiale şi cum acţionează ele. *Analiza transferului* îl conduce pe client să-şi pună probleme asupra originii comportamentelor sale, care se află măcar parţial în afara conştiinţei. Evidenţiind modul în care pacientul reacţionează în relaţia terapeutică, analistul îl ajută să obţină o mai bună înţelegere a reacţiilor sale faţă de orice altă persoană.

Universitatea SPIRU HARET

Datorită situației transferențiale pacientul are ocazia să se confrunte, la o scară mai redusă şi în condiții de siguranță oferite de cadrul terapeutic, cu dificultăți pe care nu a fost capabil să le stăpânească în trecut (cum ar fi amestecul de invidie, admirație şi recunoştință față de fratele mai mare, revolta față de protecția maternă ş.a.). Odată produs insight-ul asupra acestor probleme, pacientul ajunge să conştientizeze sursele reale ale acțiunilor sale şi astfel se pot produce schimbări în sfera personalității. În cele din urmă, relația transferențială trebuie dezvoltată astfel încât pacientul să ajungă să o privească aşa cum este de fapt, şi anume o reeditare a relației sale cu o figură parentală din copilărie. În felul acesta pacientul are ocazia să se desprindă de copilărie şi să stabilească relații de tip matur cu persoanele importante din anturajul său.

La rândul său, psihanalistul poate experimenta reacții emoționale deplasate către pacient. Este vorba despre *contratransfer,* termen care se referă la răspunsul emoțional al terapeutului la solicitările afective ale pacientului. După **Freud,** contratransferul poate afecta negativ relația pacient-analist, reducând, de exemplu, obiectivitatea terapeutului. Controlul sentimentelor, fără a deveni nereceptiv şi lipsit de înțelegere umană, este o sarcină importantă a terapeutului.[4]

f. **Interpretările.** Pacientul vine în analiză cu o multitudine de informații aparent dezordonate. În relatările sale, conținuturile semnificative sunt cel mai adesea bine mascate, deoarece materialul inconştient se exprimă la nivel conştient doar în formă simbolică sau deghizată. Pe măsura derulării şedințelor terapeutice, se conturează treptat o serie de semnificații şi de conexiuni legate de problematica de bază. De aceea, sarcina analistului este să ordoneze materialul discontinuu produs de pacient în cursul asociațiilor libere şi al analizei viselor, să descopere semnificațiile ascunse în ceea ce spune sau face pacientul (inclusiv în simptome şi în diferitele forme de rezistență) şi să-i ofere o explicație cu sens prin prisma conceptelor psihanalitice. Interpretările nu sunt sfaturi, sugestii, evaluări sau încercări de influențare a pacientului; ele sunt ipoteze explicative cu privire la motivația unor secvențe comportamentale.

[4] De aceea, în practica psihanalitică curentă au fost stabilite două modalități majore de control al contratransferului, inițiate de Carl Gustav Jung. În primul rând, orice viitor psihanalist parcurge o analiză didactică (analiză personală) în cadrul procesului său de formare. *Insight*-urile asupra propriilor procese şi conflicte inconştiente îl ajută pe analist să-şi recunoască şi să gestioneze reacțiile contratransferențiale. În al doilea rând, fiecare analist revede periodic cazurile cu un supervizor care poate observa contratransferul apărut la un moment dat şi ajută la rezolvarea acestuia.

Universitatea SPIRU HARET

Prin interpretări analistul îl ajută pe pacient să obțină *insight-ul* asupra naturii conflictelor inconştiente (asupra experienţelor conflictuale din copilărie generatoare de manifestări nevrotice) care reprezintă sursa dificultăților sale. Insight-ul astfel obținut presupune mai mult decât o înțelegere pur intelectuală; el implică, de asemenea, o acceptare emoțională. Acest tip de înțelegere şi de acceptare se produce treptat şi adeseori este dureroasă.

Terapeutul este cel care apreciază când este potrivit să ofere o interpretare pacientului, în funcție de măsura în care acesta este pregătit să o primească. Alegerea momentului formulării interpretării depinde de competența analistului. Este important ca aceasta să vină atunci când materialul inconştient este aproape să se releve la nivel conştient, iar pacientul este pregătit să accepte un insight dureros. În schimb, o interpretare forțată, făcută înainte ca pacientul să fie gata să o accepte, nu face decât să crească anxietatea şi defensele. De asemenea, interpretările date de analist pot fi modificate pe parcursul şedinţelor ulterioare în funcție de materialele nou apărute.

g. **Prelucrările** asupra materialului asociativ reprezintă o explorare progresivă, repetitivă a interpretărilor şi rezistenţelor până ce semnificațiile psihologice ascunse sunt pe deplin integrate şi înțelese de către pacient. De-a lungul analizei, pe măsură ce pacientul examinează aceleaşi conflicte care se reiau într-o varietate de situații, ajunge să le înțeleagă şi să vadă cât de mult îi influențează atitudinile şi comportamentele. Prelucrând în timpul terapiei emoțiile dureroase din copilărie, persoana devine suficient de puternică pentru a se confrunta cu aceste emoții trăind mai puțină anxietate şi pentru a le face față într-un mod mai realist. Acest procedeu specific psihanalizei este foarte costisitor sub aspectul timpului; psihanaliza, în genere, este un proces lung, intensiv şi costisitor. Pacientul este tentat permanent să revină la comportamentele sale infantile, iar terapeutul are rolul de a-l acompania răbdător reluând materialul propus din diferite unghiuri de vedere.

IV.2. **Analiza jungiană**

IV.2.1. *Fundamentare teoretică*

Carl Gustav Jung (1875-1961), medic psihiatru elveţian, este considerat a doua mare personalitate reprezentativă pentru orientarea dinamică în psihoterapie**.** În 1906 l-a cunoscut pe **Freud**. Fascinat de personalitatea acestuia, l-a sprijinit în promovarea psihanalizei şi s-a familiarizat cu teoriile sale. Ulterior, din cauza rigidității concepției

Universitatea SPIRU HARET

freudiene, se va delimita de psihanaliza clasică şi va crea propria concepţie asupra psihicului uman, denumită *psihologie analitică jungiană* sau *psihologie complexă*.

După **Jung**, structura psihicului uman cuprinde, ca şi în teoria freudiană, trei niveluri, descrise însă ca având caracteristici şi conţinuturi diferite faţă de modelul predecesorului său: *inconştientul colectiv, inconştientul personal* şi *conştiinţa.*

*Inconştientul colectiv (obiectiv)*este o parte existentă *ab initio* în psihicul uman, o matrice după care se formează ulterior inconştientul personal şi conştiinţa. Inconştientul colectiv ţine de experienţa comună a întregii umanităţi, de-a lungul evoluţiei speciilor. El este populat de *arhetipuri,* acele conţinuturi fundamentale care aparţin tuturor oamenilor, din toate timpurile şi din orice spaţiu şi care se regăsesc în mituri, legende, religie, basme şi ritualuri ale popoarelor de pretutindeni. Personalitatea umană nu este doar rezultatul experienţelor şi amintirilor personale. Evenimentele mentale recurente trăite de fiecare individ sunt determinate nu numai de istoria sa personală, ci şi de istoria colectivă a speciei ca întreg, encodată în *inconştientul colectiv.*

Inconştientul personal (subiectiv) conţine unele imagini mentale de care nu suntem actual conştienţi, dar care pot fi conştientizate. În unele cazuri nu suntem conştienţi de acest material pentru că suntem atenţi la altceva, în alte cazuri imaginile din *inconştientul personal* sunt reprimate activ pentru că sunt înfricoşătoare pentru *conştiinţă* (similar cu preconştientul şi inconştientul freudian). La nivelul *inconştientului personal* se situează *complexele,* care se formează prin întâlnirea dintre virtualităţile arhetipale şi experienţa de viaţă concretă a individului.

Conştiinţa personală este cea care cuprinde percepţiile, gândurile, sentimentele, amintirile de care persoana este conştientă (echivalentul conştientului freudian). Psihismul conştient se constituie în decursul vieţii individului, provenind din „psihicul inconştient, care este mai vechi decât el şi care funcţionează împreună cu el, sau chiar în pofida sa.” (**Jung,** 1959)

Celor trei niveluri ale psihicului li se adaugă un al patrulea nivel – *conştiinţa colectivă* – care funcţionează ca mentalitate a societăţii, norme, cutume, valori sociale, elemente culturale ce pot copleşi uneori viaţa individuală a persoanei.

Spre deosebire de **Freud**, **Jung** respinge ideea că inconştientul ar fi „monstruos” şi crede că inconştientul personal nu conţine doar urme ale experienţelor trecute, ci anticipează şi viitorul (cum se întâmplă în

Universitatea SPIRU HARET

cazul viselor prospective, anticipatorii). Mai mult, inconştientul personal are rol compensator, ajustând personalitatea atunci când atitudinea conştientă a persoanei tinde prea mult într-o anumită direcţie. De pildă, în tipologia jungiană, conştientului extravert îi corespunde un inconştient personal introvert, compensator şi invers. De asemenea, compensarea se realizează prin manifestarea tendinţelor opuse în vis, în fantezie.

Marele analist elveţian a fost permanent preocupat de dimensiunea religioasă a fiinţei umane. El considera că problema secolului XX constă în divizarea sufletului, care conduce la nevroză. Este o problemă pe care fiecare dintre religiile lumii încearcă să o rezolve în manieră proprie. **Jung** critică dogmatismul religiei moderne pentru că, prin mesajul că unele părţi sau dimensiuni ale sufletului sunt negative, lipsite de valoare, duce la accentuarea dihotomizării şi a nevrozei. O serie de virtuţi (iubirea aproapelui, răbdarea, umilinţa, castitatea, sărăcia ş.a.) ar trebui cultivate, spune religia, iar o serie de vicii (mânia, invidia, mândria, frica, ura ş.a.) se cer înlăturate. Consecinţa, în plan psihologic, este reprimarea lor, astfel încât energia valoroasă de care dispun se pierde, rămâne inaccesibilă. Ceea ce este respins ca parte neacceptată, nedezvoltată, rămâne în permanent conflict cu modul în care individul vrea să fie văzut. Rezultatul este că aceste stări, nerecunoscute de conştiinţă, ajung să acţioneze ca nişte forţe străine care otrăvesc viaţa persoanei. De pildă, în anumite contexte, ura este o reacţie justificată, sănătoasă a sufletului şi poate genera o reacţie legitimă de apărare. Dacă însă este privită ca un păcat, ea va fi împinsă în zona inconştientă, iar energia sa va fi resimţită negativ ca o stare permanentă de tensiune şi nemulţumire. De aceea, în terapia analitică se pune iniţial problema integrării *Umbrei* (partea respinsă, neacceptată a personalităţii), a modului cum se pot asimila şi modela unele aspecte puternice şi pozitive ale sale. Ura (din exemplul de mai sus) nu trebuie deci blocată, ci este important să i se dea curs, să fie simţită, înţeleasă şi luată în considerare de individ. Procesul de conştientizare începe cu acceptarea faptului că există un astfel de sentiment în el însuşi şi continuă cu identificarea originii lui prin analiza materialului simbolic (din vis, desen, imaginaţie).

Jung aduce în discuţie şi atitudinea extravertă a religiei occidentale, care presupune că Dumnezeu se află în afara persoanei. În felul acesta, judecata sa este dezvăluită doar prin textele sacre, iar credinţa trebuie acceptată ca ceva de care nu te poţi îndoi. **Jung** susţine că este necesar ca această abordare extravertă să fie echilibrată cu o abordare mai introvertă, conform căreia spiritul lui Dumnezeu trebuie găsit în interior, în sufletul individual (trăirea mistică).

Universitatea SPIRU HARET

IV.2.2. *Tehnici jungiene de interpretare a simbolurilor*

Analiza jungiană îşi propune mai puțin să sape în trecutul pacientului pentru a descoperi traume din copilărie care au produs suferințe şi un anumit mod de structurare a personalității. Obiectul său este de a ajunge la conştientizarea modelelor familiale, a modalităților în care acestea au fost preluate şi funcționează în individ, generând comportamente autodistructive şi de apărare.

Analiza este o situație în care pacientul poate trăi şi retrăi afecte puternice şi complexe, se poate confrunta cu acestea şi poate găsi o soluție adecvată pentru ființa sa ca întreg. Pentru aceasta, analizatul are nevoie de stabilitate, empatie şi conținere din partea terapeutului şi de o relație care să poată căpăta treptat dimensiunea de reciprocitate. **Jung** sublinia necesitatea ca analistul să fie aşezat astfel, încât să fie total vizibil pentru pacient, într-o poziție de egalitate. În principiu, terapia analitică are ca scop atingerea unei regresii profunde, ceea ce presupune un număr de 4-5 şedințe pe săptămână, până când *Eul* devine relativ stabil şi numărul lor se poate reduce la 1-2 şedințe săptămânal.

Cadrul terapeutic nu favorizează discuțiile intelectuale, ci este destinat să declanşeze *funcția simbolică (*numită şi *funcție transcendentală* sau *religioasă*) a psihicului. **Jung** foloseşte în terapie *analiza simbolurilor*, care apar spontan la suprafață în momentele în care poartă un înțeles actual pentru subiect. Simbolul exprimă treptat, pe măsură ce se dezvoltă, un anumit *complex* sau un *arhetip* ce se află la rădăcina unui anumit complex. *Simbolurile* se manifestă sub forma viselor, imaginilor din reverii sau a simptomelor propriu-zise. Analiza jungiană oferă un statut privilegiat domeniului fanteziei şi exprimării prin imagini care pot fi desenate, pictate, manipulate în imaginație pentru a percepe, dezvolta şi descifra simbolul. Acceptarea interpretării simbolului, adică descoperirea scopului unui anumit fenomen psihic este probată de răspunsul emoțional al subiectului față de ceea ce descoperă: un sentiment de uşurare şi satisfacție pentru pacient. O interpretare care începe să aibă sens pentru subiect îi dă un moment de trăire afectivă pozitivă. Scopul este deblocarea de fluxuri energetice, acceptarea conținuturilor inconştiente şi construirea a ceea ce lipseşte. Când scopul simptomului nu este descoperit prin analiză, se manifestă compulsiile, iar în analiza simbolurilor se produce o stagnare: revenirea insistentă a aceloraşi manifestări simbolice în vise, viziuni, reverii etc.

Principalele tehnici utilizate de **Jung** în terapie sunt: *interpretarea viselor, tehnicile de imaginare, asociațiile* şi *amplificările.*

Universitatea SPIRU HARET

a. **Interpretarea viselor** este tehnica esențială folosită de **Jung** ca punct central în toate analizele sale. Utilizarea terapeutică a visului presupune descifrarea simbolurilor care apar în timpul său, ținând permanent cont de ideea că acestea sunt foarte individuale şi renunțând la orice prejudecată anterior formulată. Scopul este de a ajuta persoana să înțeleagă singură sensul visului pentru viața sa reală şi să vadă clar diferitele aspecte ale structurii sale de personalitate. Concret, în lucrul cu visele se parcurg mai multe etape:

1. povestirea visului ca serie de imagini succesive;
2. identificarea emoției legată de simbolurile din vis şi eventual desenarea sau utilizarea simbolului în imaginația activă;
3. căutarea de informații despre viața actuală a pacientului, problemele cu care se confruntă. Unele persoane din viața reală pot apărea în vis şi interesează ce înseamnă ele pentru subiect. Personajele care nu sunt cunoscute din viața reală a subiectului sunt cel mai probabil personificări ale unor părți ale propriului psihic;
4. căutarea de asociații determinate de vis sau de amintiri evocate de vis;
5. realizarea de amplificări, căutând analogii cu imagini din alte vise sau cu motive mitologice din legende, mituri, basme etc., astfel încât mesajul visului să capete sens.

Analizând visele şi succesiunea lor de-a lungul unei serii de vise, acestea ajung treptat să se organizeze în jurul unui miez central de semnificație.

b. **Tehnicile de imaginare**. Adeseori şedința analitică debutează prin lucrul cu visul şi continuă cu imaginația activă prin care conținuturile inconştiente au ocazia să se exprime, în timp ce *Eul* îşi menține poziția vigilă. **Jung** încuraja pacienții să extindă visul propriu-zis prin imaginație, provocând, de pildă, un dialog cu personajele din vis. Desenarea sau dramatizarea scenelor din vise poate dezvolta şi clarifica imaginile acestora. Imaginația activă poate fi utilizată nu numai în lucrul cu visele, ci şi ca tehnică de sine-stătătoare. Imaginarea dirijată, meditația, pictarea sau modelarea de imagini ce exprimă materialul inconştient, utilizarea construcțiilor sau a colajelor, psihodrama sunt câteva exemple de utilizare a imaginației în activitatea terapeutică.

c. **Asociațiile** diferă de asociațiile libere din psihanaliza clasică. Ele constau într-un tip specific de interogare, prin care i se cere subiectului să spună spontan ce îi vine în minte în legătură cu diverse

Universitatea SPIRU HARET

aspecte ale visului. Când visele sunt înalt semnificative, i se poate indica analizatului să realizeze asociații pentru fiecare moment al visului, în cursul şi în afara şedinței terapeutice (dacă timpul este prea scurt). Analistul însuşi poate realiza uneori asociații, care sunt valoroase dacă sunt acceptate de pacient (mai ales când sunt confirmate de o reacție de tip „aha!").

d. **Amplificările** constau în punerea în legătură a simbolului sau simptomului manifestat de pacient cu un „mitologen", adică cu un motiv sau personaj arhetipal relevant (din folclor, mitologie, tradiția religioasă, legende, basme, ritualuri etc.) şi cu soluțiile acestuia. În continuare, se caută descifrarea „miezului inconştient" de sens, de înțeles subiacent atât mitului, cât şi simbolului sau simptomului respectiv. Dacă acest pas este realizat corect, el se va constitui ca o înțelegere conştientă şi relevantă a mesajului arhetipului bazal. În final, este necesară reîntoarcerea la situația de viață prezentă a pacientului, la aplicarea în real a soluțiilor posibile. Este incorect atunci când amplificarea este substituită trăirii unor emoții puternice sau când răspunde mai degrabă unor dorințe ale analistului sau analizatului de dialog esoteric. Prin amplificare se urmăreşte conştientizarea şi recăpătarea respectului față de forțele interioare ale sinelui, care să poată interveni şi acționa prin efectele lor curative în planul realității.

IV.3. **Alte terapii de orientare dinamică**

Pornind de la concepția psihanalitică clasică, în timp s-au conturat şi dezvoltat numeroase alte forme de psihoterapie dinamică denumite neo-freudiene, post-freudiene sau non-freudiene. Acestea au în comun premisa că tulburările mentale rezultă din conflicte şi din temeri inconştiente, dar aduc o serie de modificări, atât sub aspect teoretic, cât şi metodologic.

IV.3.1. *Psihologia individuală a lui Alfred Adler*

Din curentul psihanalitic freudian, ce se conturase în ultimele decenii ale secolului XX, au luat naştere inițial două orientări divergente importante: psihologia analitică a lui **Carl Gustav Jung** şi psihologia individuală a lui **Alfred Adler**.

Alfred Adler (1870-1937) a trăit în copilărie o serie de experiențe care pot fi puse în relație cu punctele esențiale ale teoriei sale (fiind rahitic, el a suferit realmente de o „inferioritate organică"; poziția de al

Universitatea SPIRU HARET

doilea copil din familie, tot timpul în stare de tensiune, străduindu-se să rivalizeze cu fratele mai mare şi urmat îndeaproape de un frate mai tânăr, la fel de competitiv, a conturat concepţia sa asupra scenariilor de viaţă). **Adler** a fost în dezacord cu „pansexualismul" lui **Freud**, introducând în replică o puternică dimensiune socială în analiză. După opinia sa, cel mai important factor care determină motivaţiile, comportamentele, conflictele personale, este *contextul social.*

În 1907 publică *Studiu asupra inferiorităţii organelor*, lucrare în care afirmă că indivizii atinşi de inferiorităţi organice, fie din naştere, fie în urma unui accident, *vor manifesta o supracompensaţie şi vor dezvolta aptitudini superioare mediei.* **Alfred Adler** defineşte *complexul de inferioritate* (concept central în teoria sa) ca ansamblu de sentimente, idei şi atitudini care decurg din impresia penibilă de a fi inferior faţă de ceilalţi sau faţă de un ideal la care fiecare poate să aspire (nivel de aspiraţie). Orice inferioritate fizică sau psihică declanşează un mecanism de supracompensare pentru a atenua imperfecţiunea prin mobilizarea tuturor forţelor fizice şi psihice disponibile. Un alt concept esenţial este cel de *nevoie de putere,* care, după **Adler,** este principala forţă motivaţională a oricărui comportament uman.

În lucrările sale, **Adler** face rareori apel la ideile de inconştient, de sexualitate infantilă, de refulare. După părerea sa, persoana nevrotică este cineva care aşteaptă prea mult de la viitor, astfel încât dispoziţia sa „naturală" către fericire va fi frustrată. Prea ambiţios, nevrozatul vrea să fie un „om total". Eşecurile îl fac să-şi reconstruiască un trecut „unde mai adaugă câte ceva", creându-şi astfel un fel de memorie fantasmată, care izvorăşte din imaginar. În analiza individuală adleriană, de pildă visele şi creaţiile imaginare se explică prin compensare: au rolul de a satisface fictiv, halucinator instinctul de putere.

Psihologia individuală comparată, abordarea analitică iniţiată de **Alfred Adler**, ţine cont în tratarea persoanei de „stilul de viaţă" al individului, adică de trăsăturile sale caracteriale. Acestea depind de mai mulţi factori: posibilităţile individuale (fizice, psihice), familia de origine (părinţi, fratrie), condiţii sociale de existenţă (relaţii profesionale, rivalităţi).

În concepţia adleriană, personalitatea se constituie până în jurul vârstei de 8-9 ani, importantă fiind analiza familiei de origine, a modului de formare a convingerilor stabile, a credinţelor, a trăsăturilor caracteriale în acea perioadă. Scopul analizei este ca fiecare să înveţe să îşi cunoască planul de viaţă şi să-şi cultive trăsăturile cele mai utile pentru scopurile pe care şi le propune. De aici şi importanţa acordată demersului educativ în cadrul psihologiei individuale comparate.

Universitatea SPIRU HARET

IV.3.2. *Melanie Klein şi teoria relaţiilor obiectuale*

O altă direcţie importantă care s-a conturat în cadrul orientării psihoterapeutice dinamice este *teoria relaţiilor obiectuale***,** legată de nume ca: **H.S. Sullivan, M. Klein, M. Mahler, D.W. Winnicott, J. Bowlby, H. Hartman** ş.a. Această teorie este considerată a fi un corp distinct în gândirea psihanalitică, definit prin deplasarea interesului de la dinamica pulsiunilor la dinamica relaţiei care are mai mult sau mai puţin o natură pulsională.

Melanie Klein (1882-1960) este psihanalista de origine vieneză care a urmat concepţia freudiană cu privire la importanţa tendinţelor instinctuale şi la formarea personalităţii, dar care a extins considerabil conceptele de obiect şi de relaţii obiectuale. Munca sa constituie o contribuţie esenţială la dezvoltarea *teoriei relaţiilor obiectuale*, concentrându-se, în principal, pe lucrul cu copii (terapia prin joc).

Melanie Klein a menţinut accentul pus de **Freud** pe instinctualitate, dar, spre deosebire de acesta, a susţinut că fiecare tendinţă este în mod expres orientată către un anumit obiect. Încă de la debutul vieţii, impulsurile apar într-un context de relaţii obiectuale şi sunt orientate către obiecte (copilul, de exemplu, caută laptele de la sân, nu numai plăcerea obţinută prin actul suptului). Deoarece ego-ul copilului şi deprinderile sale perceptive sunt imature, iniţial acesta poate acorda atenţie doar unor aspecte sau părţi ale persoanelor sau obiectelor din jurul său; la început copilul relaţionează cu obiecte parţiale. Primul *obiect parţial* pentru copil este sânul mamei. Lumea obiectuală în primele 2-3 luni de viaţă constă, astfel, în părţi gratificatoare şi în părţi ostile şi persecutoare ale lumii reale. Lumea internă a copilului este formată din aceste obiecte parţiale interiorizate. Este o lume a fanteziei, formă de activitate mentală prezentă încă de la naştere. Produsele fanteziei şi obiectele interne îi par copilului extrem de reale, deoarece în stadiile timpurii el nu poate diferenţia între realitate şi propria sa lume fantastică.

Melanie Klein sublinia că, încă de la naştere, copilul contribuie activ la formarea lumii sale interne de relaţii obiectuale. Copilul răspunde gratificaţiilor şi frustrărilor întâlnite utilizând constant mecanisme de apărare ca *proiecţia, introiecţia, separarea (splitting) sau identificarea proiectivă.* Astfel, el îşi reorientează sentimentele şi energia către exterior şi atribuie diverse calităţi obiectelor, creând astfel primele *relaţii obiectuale*. Prin proiecţie copilul întoarce frustrarea şi ura pe care le

Universitatea SPIRU HARET

simte împotriva sânului care nu-l hrăneşte şi-i atribuie acestuia ura şi furia simțite. Introiecția este un mecanism de fantezie mentală prin care obiectele frustrante şi sursele de anxietate externe sunt preluate de copil în interior şi devin persecutori interni. Pentru a se apăra, copilul foloseşte mecanismul separării (*split*) prin care împarte lumea internă şi relațiile obiectuale în fațete bune şi rele, pe care le menține separate. Prin identificarea proiectivă, copilul încearcă să se elibereze de anxietate şi de pericolul resimțit în interior, externalizându-le şi apoi modificându-le în lumea externă. Acest proces se realizează la nivel fantasmatic şi presupune separarea unor părți inacceptabile ale sinelui şi trimiterea lor către alte obiecte (de ex. „pentru că mi-e rău şi am nevoie de tine, iar tu nu mă hrăneşti, înseamnă că tu eşti rău şi mă ataci ca să mă devorezi, iar eu mă simt rău"). Datorită acestor mecanisme de apărare care modelează lumea internă a copilului, concluzia **Melaniei Klein** este că obiectele interne reflectă mai degrabă *id-ul* decât obiectele externe (care sunt modificate prin intermediul sentimentelor copilului). Mai mult, psihanalista explică formarea *Ego-ului* şi a *Superego-ului* prin mecanismele descrise mai sus. *Ego-ul* se constituie prin internalizarea primului obiect bun, sânul mamei. Aspectele bune ale mamei (dragostea, grija, hrana) completează lumea internă a copilului şi devin caracteristici cu care se identifică *Ego-ul*. Ulterior, copilul proiectează tendințele sale revendicative asupra sânului şi reinteriorizează această imagine a obiectului ca un amalgam sine-obiect; astfel încât propria lăcomie se transformă într-o imagine a sânului lacom care devine un *Superego* încărcat de cerințe.

În cadrul terapiei, **Klein** considera că pericolul psihologic vine din interior. Instinctul morții produce în copil anxietate internă şi teamă de persecutori. Mai târziu copilul dezvoltă o teamă de răzbunare născută din sentimentele destructive ale copilului pentru diferite obiecte. Realitățile interne ale copilului modelează modul în care este percepută realitatea externă, astfel că frustrarea şi disconfortul sunt atribuite unor forțe ostile, care îl atacă. Toate aceste anxietăți timpurii afectează relațiile obiectuale ulterioare. De aceea, **M.Klein** a fost puțin preocupată de modificarea rolului mediului şi a obiectelor bune din mediu. Ea a înțeles lumea internă a relațiilor obiectuale ale copilului, încărcată de forțe magice şi terifiante. A adaptat conceptele psihanalitice la terapia prin joc şi a dezvoltat terminologia şi concepția obiectelor interne. A încurajat expansiunea studiilor asupra relației mamă-copil, scriind o pagină importantă în istoria psihoterapiei.

Universitatea SPIRU HARET

IV.3.3. *Modificări sub aspect metodologic*

Curentul analitic a cunoscut, pe lângă dezvoltările prezentate anterior, numeroase alte contribuţii teoretice şi practice care l-au diversificat şi îmbogăţit. Sub aspect metodologic s-au produs, de asemenea o serie de modificări. Se încearcă remanierea relaţiei psihanalist-pacient, indicându-se ca terapeutul să fie mai activ, mai interactiv şi mai flexibil în relaţia sa cu pacientul. În cele mai multe cabinete de psihanaliză s-a renunţat la divanul clasic, în favoarea unei poziţii, în care psihanalistul şi pacientul se privesc şi discută faţă în faţă. Adeseori asociaţiile libere sunt înlocuite cu discuţii libere asupra problemelor critice, iar terapeutul poate fi mai direct, aducând în discuţie teme pertinente, mai degrabă decât să aştepte ca pacientul să facă acest lucru. Terapiile analitice contemporane sunt de regulă mai scurte, mai flexibile şi mai puţin intense. Şedinţele sunt programate mai rar, de obicei o dată pe săptămână. Au apărut şi propuneri de terapii analitice de scurtă durată, de 12-30 de şedinţe. Se pune mai puţin accentul pe reconstrucţia completă a experienţelor din copilărie şi se acordă, în schimb, mai multă atenţie problemelor apărute din modul în care individul interacţionează în mod curent cu cei din jur. Deoarece transferul este considerat în continuare ca o parte importantă a procesului terapeutic, terapeutul poate încerca să limiteze intensitatea sentimentelor transferenţiale pentru a le putea gestiona într-un demers analitic mai puţin intensiv.

REZUMAT

Concepţia psihanalitică, iniţiată de **Sigmund Freud,** acoperă trei accepţiuni intercorelate: (a) este o teorie a personalităţii; (b) o modalitate de cercetare (studiere) a personalităţii; şi (c) un procedeu terapeutic de schimbare a personalităţii. Teoria psihanalitică a personalităţii accentuează rolul proceselor intrapsihice care se derulează la nivel mental, rolul tendinţelor inconştiente şi al dezvoltării din copilăria timpurie. Fundamentul teoretic al psihanalizei este construit pornind de la patru teme majore: determinismul psihicului uman (fenomenele psihice, comportamentele nu apar la întâmplare, ci reprezintă rezultatul interacţiunii unor forţe intrapsihice aflate în conflict), organizarea sistemului psihic uman (cu cele trei instanţe principale: id, ego, superego), dinamica personalităţii (în fiecare individ există o cantitate constantă de energie psihică, care nu poate fi nici creată, nici cheltuită) şi dezvoltarea stadială

Universitatea SPIRU HARET

a personalității (stadiile psiho-sexuale: oral, anal, falic, de latență, genital). Asupra acestor subteorii interconectate între ele autorul a revenit şi le-a revizuit în mai multe rânduri de-a lungul celor 45 de ani de practică psihanalitică.

Demersul psihanalitic clasic presupune un proces de lungă durată (de la un an la mai mulți ani), intensiv (5 sau 6 zile pe săptămână, în ședințe de circa 50 de minute) care necesită efort şi o investiție de timp, energie şi financiară serioasă din partea pacientului. Tehnicile de bază utilizate în psihanaliză sunt: asociațiile libere, analiza viselor, analiza acțiunilor pacientului, analiza transferului, analiza rezistențelor, analiza Ego-ului, interpretările şi prelucrările.

O concepție alternativă asupra psihicului uman, care se încadrează în orientarea dinamică, este *psihologia analitică* sau *psihologia complexă* a lui **Carl Gustav Jung**. După **Jung**, structura psihicului uman cuprinde, ca şi în teoria freudiană, trei niveluri, descrise însă ca având caracteristici şi conținuturi diferite: inconştientul colectiv, inconştientul personal şi conştiința. Inițial adept şi promotor al ideilor freudiene, **Jung** se va delimita ulterior de concepția acestuia pe care o consideră restrictivă. El nu este de acord cu focalizarea freudiană asupra sexualității şi respinge ideea că inconştientul ar conține doar urme ale experiențelor trecute. După **Jung,** inconştientul îndeplineşte şi o funcție anticipatorie şi are rol compensator, ajustând personalitatea atunci când atitudinea conştientă a persoanei tinde prea mult într-o anumită direcție. Marele analist elvețian a fost permanent preocupat de dimensiunea religioasă a ființei umane, susținând ideea că spiritul lui Dumnezeu trebuie găsit în interior, în sufletul individual (trăirea mistică) şi nu în afară, în canoanele şi restricțiile religioase.

Analiza jungiană îşi propune mai puțin să sondeze trecutul pacientului pentru a descoperi traume şi conflicte din copilăria timpurie; obiectivul său este de a ajunge la conştientizarea modelelor familiale, a modalităților în care acestea au fost preluate şi funcționează în individ, generând comportamente autodistructive şi de apărare. Cadrul terapeutic este destinat să declanşeze *funcția simbolică (*numită şi *funcție transcendentală* sau *religioasă*) a psihicului, manifestată sub forma viselor, imaginilor din reverii sau a simptomelor propriu-zise. Demersul jungian analizează aceste simboluri prin tehnici ca: interpretarea viselor, tehnicile de imaginare, asociațiile şi amplificările.

Printre noile curente de psihoterapie dinamică ce s-au conturat în timp pornind de la concepția psihanalitică clasică, se numără psihologia individuală a lui **Alfred Adler** şi teoria relațiilor obiectuale, promovată de **Heinz Hartman**, **H.S. Sullivan, Melanie Klein, D.W. Winnicott** ş.a..

Universitatea SPIRU HARET

Alături de aceştia s-au dezvoltat numeroase alte forme de psihoterapie analitică, denumite neo-freudiene, post-freudiene sau non-freudiene. Acestea au în comun premisa că tulburările mentale rezultă din conflicte şi din temeri inconştiente, dar aduc o serie de modificări psihanalizei freudiene, atât sub aspect teoretic, cât şi metodologic. Sub aspect teoretic se încearcă depăşirea accentului exagerat pus de **Freud** asupra aspectelor biologice ale personalităţii, subliniindu-se, în schimb, rolul unor aspecte sociale, etice, culturale în determinismul psihicului uman. Sub aspect metodologic se încearcă remanierea relaţiei psihanalist-pacient, indicându-se ca terapeutul să fie mai activ şi mai interactiv în relaţia cu pacientul, se propune o reducere în timp a demersului analitic, se pune mai puţin accentul pe reconstrucţia completă a experienţelor din copilărie şi se acordă, în schimb, mai multă atenţie problemelor din prezent.

CONCEPTE-CHEIE

Inconştient, preconştient, conştient – În concepţia iniţială, **Freud**, creatorul psihanalizei, descrie „aparatul psihic" uman ca fiind alcătuit din aceste trei niveluri supraetajate, organizate pe verticală. Inconştientul este sediul instinctelor sexuale şi agresive înscrise în structura somatică a organismului, depozitul pulsiunilor şi al energiei psihice, rezervorul trăirilor şi actelor refulate. Preconştientul funcţionează ca un fel de filtru cu funcţie de cenzură şi include gândurile de care nu suntem momentan conştienţi, dar care pot fi aduse uşor în conştiinţă. Conştientul include lucrurile de care suntem conştienţi în prezent. În această variantă topografică a psihicului, **Freud** considera că rolul esenţial îi revine inconştientului.

Id, Ego, Superego –După 1920, **Freud**, recunoscând unele limite ale concepţiei sale, o revizuieşte şi oferă un nou model structural care cuprinde trei sisteme majore: *Id*-ul (Sinele), *Ego*-ul (Eul) şi *Superego*-ul (Supraeul). *Id*-ul este sistemul originar al personalităţii: sediul instinctelor, al impulsurilor biologice de bază, sursa primară a energiei psihice. El funcţionează după principiul plăcerii, căutând descărcarea şi satisfacerea imediată a nevoilor. *Ego*-ul este latura executivă a personalităţii care mediază între impulsurile Id-ului, regulile *Superego*-ului şi cerinţele realităţii. El funcţionează după principiul realităţii care postulează că satisfacerea unei nevoi trebuie amânată până când situaţia şi contextul o

Universitatea SPIRU HARET

permite. *Superego*-ul constă în reprezentarea internalizată a valorilor parentale şi sociale, prin care individul preia controlul asupra propriului comportament. Principiul după care funcţionează *Superego*-ul este principiul idealităţii. Dintre aceste instanţe, rolul cel mai important îi revine, după opinia lui **Freud**, *Ego*-ului.

Libido – Termen propus de **Freud** şi utilizat în psihanaliză pentru a desemna cantitatea constantă de energie psihică existentă în fiecare individ, specifică tuturor activităţilor mentale: percepţie, gândire, imaginaţie, memorie, rezolvare de probleme etc. **Freud** a denumit iniţial *libido* energia psihică a impulsurilor erotice, pentru ca apoi să precizeze că termenul se referă nu numai la energia sexuală, dar în cadrul său impulsurile sexuale sunt considerate primare. În prima teorie freudiană a pulsiunilor, *libido*-ul este unul dintre cei doi termeni fundamentali ai conflictului psihic care opune pulsiunile sexuale pulsiunilor *Ego*-ului (cele de autoconservare şi de adaptare la realitate). În a doua teorie a pulsiunilor, *libido*-ul, continuând să intre episodic în conflict cu pulsiunile de autoconservare, este totodată aliatul lor în cadrul conflictului psihic fundamental dintre pulsiunile de viaţă şi cele de moarte, de autodistrugere.

Stadii de dezvoltare psihosexuală – Etape parcurse de fiecare individ în primii cinci ani de viaţă (conform concepţiei freudiene) şi care îi afectează profund structurarea personalităţii. Această stadialitate a fost denumită de **Freud** psihosexuală deoarece se referă la manifestarea psihologică a tendinţelor sexuale de obţinere a plăcerii. În fiecare stadiu, impulsul de obţinere a plăcerii (*libido*-ul) este focalizat pe anumite zone ale corpului şi pe activităţile conectate cu acestea. Pentru a trece de la un stadiu la următorul, *libido*-ul trebuie eliberat de zona erogenă primară a stadiului anterior şi reinvestit în zona erogenă primară a stadiului ulterior. Stadiile de dezvoltare psihosexuală descrise de **Freud** sunt: stadiul oral, stadiul anal, stadiul falic, perioada de latenţă şi stadiul genital.

Asociaţiile libere – Tehnica de bază utilizată în psihanaliză pentru descoperirea conflictelor inconştiente constă în a-i cere pacientului să dea frâu liber gândurilor şi sentimentelor şi să spună tot ce-i trece prin minte. Asociaţiile sunt doar în aparenţă libere; imaginile, ideile exprimate sunt determinate de conţinuturi inconştiente, refulate. **Freud** utiliza această tehnică cu pacienţii întinşi pe o canapea, analistul fiind aşezat în spatele canapelei, în afara câmpului vizual al celui care

asocia liber şi intervenind doar pentru a furniza „cârlige" care pot declanşa noi asociaţii. Raţiunea pentru care se utilizează asociaţiile libere este aceea că inconştientul va revela prin această metodă conţinuturile sale reprimate, eliberând individul de efectele lor.

Analiza viselor – Tehnică utilizată adesea în terapiile analitice, pornind de la ideea că visele pot fi privite ca reprezentând reacţiile celui care visează la propriile sale experienţe şi conţinuturi de natură inconştientă. **Freud** a caracterizat visele drept „calea regală spre inconştient", cea mai bună sursă de informaţii despre inconştientul celui analizat. El a descris două niveluri ale conţinutului viselor: conţinutul manifest (conştient, cel pe care îl poate povesti persoana) şi conţinutul latent (inconştient, reprezintă semnificaţia reală a visului, setul de evenimente intrapsihice ascunse de conţinutul manifest). În psihanaliză, vorbind despre conţinutul manifest al visului şi apoi asociind liber pe marginea acestuia, analistul şi clientul încearcă să ajungă la conţinuturile inconştiente. **Jung** considera că visul, în principal, compensează perspectivele limitate ale *Eului* conştient (funcţie compensatorie), dar poate şi anticipa diverse evenimente (funcţia prospectivă). Spre deosebire de metoda psihanalitică clasică, ce merge în zig-zag, folosind asociaţiile libere pe baza imaginilor din vis, **Jung** defineşte metoda asociativă proprie „concentrică" şi utilizează asociaţii, amplificări, imaginaţia activă.

Transfer / contratransfer – Conceptul de transfer se referă la relaţia pacient-terapeut şi constă în procesul prin care fantasmele inconştiente se actualizează în decursul curei şi se exteriorizează în relaţia cu psihanalistul. Este vorba despre atitudini şi sentimente pe care pacientul le are sau le-a avut faţă de alte persoane semnificative din viaţa sa (de obicei din trecut) şi care sunt acum deplasate şi repetate în relaţia cu analistul. **Freud** considera că transferul reprezintă relicve ale reacţiilor din copilărie faţă de părinţi şi îl utiliza ca modalitate de a-i explica pacientului originile multora dintre temerile şi problemele sale. Repetarea modelelor nevrotice de comportament în relaţie cu psihoterapeutul poartă numele de „nevroză de transfer" (rezultă din aceasta o slăbire progresivă a simptomatologiei nevrozei clinice „în favoarea" acestei nevroze „artificiale"). La rândul său, psihanalistul poate experimenta reacţii emoţionale iraţionale la solicitările afective ale pacientului. Este vorba despre contratransfer care, după **Freud**, poate afecta negativ relaţia pacient-analist. De aceea, conştientizarea şi controlul sentimentelor, fără a deveni nereceptiv şi lipsit de înţelegere umană,

Universitatea SPIRU HARET

este o sarcină importantă a terapeutului. Cel care a introdus termenul de contratransfer în terapie este **Jung** (în 1926). Contrar opiniei freudiene, el a subliniat faptul că experimentarea acestuia de către analist este un ingredient vital în procesul analitic şi un mijloc pe care îl are analistul pentru a se ghida în interpretările sale (de aici însă şi importanţa analizei personale şi a continuării sale sub formă de autoanaliză pentru a evita, pe cât posibil, manifestarea rezistenţelor şi a fenomenelor contratransferenţiale care perturbă relaţia analitică).

Rezistenţă – Conceptul de rezistenţă se referă la orice se opune în cura analitică asociaţiilor libere şi progresului curei. Ea este definită ca ansamblul acţiunilor pacientului care se opun accesului acestuia la inconştientul său. Vorbim despre rezistenţe conştiente atunci când pacientul împiedică în mod conştient progresul analizei şi despre rezistenţe inconştiente atunci când pacientul nu-şi dă seama de felul în care perturbă procesul analitic. Rezistenţele inconştiente sunt cele mai semnificative, deoarece oferă informaţii importante despre structura de personalitate a pacientului şi ele sunt indicii ale luptei inconştiente a acestuia. După **Freud**, rezistenţele reprezintă o manifestare proprie a tratamentului. Interpretarea lor rămâne o caracteristică specifică a tehnicii psihanalitice, transferul fiind el însuşi considerat parţial o rezistenţă. Sarcina terapiei este de a-l conduce pe pacient în analizarea rezistenţelor sale, pentru a-i demonstra ce rol joacă acestea în viaţa sa curentă şi în ce măsură îl împiedică să afle cauza disconfortului prezent.

Interpretări şi prelucrări – Interpretările reprezintă atribuiri de sensuri sau semnificaţii unor comportamente, evenimente, situaţii, expresii verbale, atitudini ale pacientului prin prisma conceptelor psihanalitice. Prelucrările reprezintă o explorare progresivă, repetitivă a interpretărilor şi rezistenţelor până ce semnificaţiile psihologice ascunse sunt pe deplin integrate şi înţelese de către pacient.

Inconştient colectiv, inconştient personal, conştiinţă – Jung descrie structura psihicului uman ca fiind formată din aceste trei niveluri. Inconştientul colectiv (obiectiv) este o parte existentă *ab initio* în psihicul uman, care ţine de experienţa comună a întregii umanităţi. El este populat de arhetipuri. Inconştientul personal (subiectiv) conţine unele imagini mentale de care nu suntem actual conştienţi, dar care pot fi conştientizate. La nivelul său se situează complexele, care se formează la întâlnirea dintre virtualităţile arhetipale şi experienţa de viaţă concretă

Universitatea SPIRU HARET

a individului. Conştiinţa personală cuprinde percepţiile, gândurile, sentimentele, amintirile de care persoana este conştientă. Psihismul conştient se constituie în decursul vieţii individului, provenind din ”psihicul inconştient”. Celor trei niveluri ale psihicului li se adaugă un al patrulea nivel – conştiinţa colectivă - care funcţionează ca mentalitate a societăţii.

Analiza simbolurilor – Preocupare centrală a analizei jungiene fundamentată pe ideea că simbolul exprimă treptat, pe măsură ce se dezvoltă, un anumit complex sau faţete ale unui anumit complex. Simbolurile se manifestă sub forma viselor, imaginilor din reverii sau a simptomelor propriu-zise şi apar spontan la suprafaţă în momentele în care poartă un înţeles actual pentru subiect. Sarcina terapeutului este să restabilească contactul cu elementul simbolizat, printr-un demers reductiv-asociativ, examinând situaţia, condiţiile concrete de viaţă ale subiectului, apoi căutând conexiunea ascunsă şi oferind o interpretare cu sens a simbolului.

Complex – Concept creat de psihiatrul german **Theodor Ziehen** şi utilizat în special de **Jung**, definind grupări de conţinuturi (imagini arhetipale) legate între ele, ce gravitează în jurul unui miez de înţeles comun (în esenţa sa, arhetipal) şi care au un ton afectiv-emoţional comun. Termenul a fost larg preluat în teoriile dinamice pentru a desemna ansambluri de conţinuturi psihice separate de conştient, care funcţionează autonom în inconştient şi care pot influenţa conştientul. A fost utilizat cu sensuri şi înţelesuri particulare de diverşi psihanalişti (vezi complexul Oedip la **Freud**, complexul de inferioritate la **Adler** etc.). Accepţiunea utilizată în genere în psihanaliză este de ansamblu de tendinţe inconştiente (idei, impulsuri, amintiri adeseori reprimate), legate între ele, formate în copilărie pe baza anumitor relaţii familiale şi sociale şi care exercită o influenţă dominantă asupra personalităţii şi comportamentului.

Complexul Oedip – Conflict crucial în dezvoltarea psihosexuală a copilului care se produce în cadrul stadiului falic (între 4 şi 5-6 ani). Constă în dorinţa inconştientă a copilului de a-şi poseda părintele de sex opus şi, în acelaşi timp, de a elimina părintele de acelaşi sex. **Freud** a menţionat că la băieţi şi la fete complexul Oedip operează diferit, versiunea feminină a sa fiind numită complexul Electra.

Complex de inferioritate – Concept central în psihologia individuală a lui **Alfred Adler,** definit ca ansamblu de sentimente, idei şi

Universitatea SPIRU HARET

atitudini care decurg din impresia penibilă de a fi inferior față de ceilalți sau față de un ideal la care fiecare poate să aspire (situație firească pentru copil, aflat în poziția de inferioritate fizică şi psihică față de adult). **Adler** afirmă, de asemenea, că orice inferioritate fizică sau psihică declanşează un mecanism de supracompensare pentru a atenua imperfecțiunea prin mobilizarea tuturor forțelor fizice şi psihice disponibile.

Relații obiectuale – Termen folosit de succesorii lui **Freud** pentru a desemna modalitățile fantasmatice ale relaționării subiectului cu lumea exterioară aşa cum se înfățişează aceasta în alegerile de obiecte ale subiectului. Teoria relațiilor obiectuale afirmă că, încă de la naştere, copilul vine pe lume cu capacitatea particulară de a intra în relație cu obiectele din jur şi, prin internalizarea acestor relații, contribuie activ la formarea lumii sale interne de relații obiectuale. **M. Klein** introduce termenul de obiect (bun sau rău) pentru a desemna o modalitate a relaționării cu obiectul aşa cum apare acesta în viața fantasmatică a copilului şi care trimite la un clivaj al obiectului într-unul bun şi unul rău (de exemplu, mama cea bună şi mama cea rea) după cum obiectul în cauză este resimțit ca frustrant sau gratificant.

EXTINDERI

MECANISMELE DE APĂRARE

Unul dintre conceptele frecvent utilizate în psihanaliză (şi în psihoterapie, în general) este cel de *anxietate*. **Freud** a făcut distincția între trei tipuri de anxietate:

a. *anxietatea obiectivă* – produsă de o amenințare reală, obiectivă. De exemplu, izbucnirea unui incendiu sau întâlnirea cu un animal sălbatic.

b. *anxietatea nevrotică* – cea care rezultă din conflictul *Id-Ego*. *Id-ul* caută să descarce un impuls în vederea obținerii plăcerii, în timp ce *Ego-ul* încearcă să-l împiedice pentru a ține cont de cerințele realității. Un exemplu ar fi înfrânarea unui răspuns sau a unui gest agresiv față de o autoritate care ne critică (părinte, profesor sau şef).

c. *anxietatea morală* – generată de conflictul *Id-Superego*. Apare atunci când impulsurile *Id-ului* se află în opoziție cu standardele morale şi ideale ale societății şi starea experimentată este de vină sau de ruşine.

Universitatea SPIRU HARET

De exemplu, atracția pentru o persoană, în timp ce normele sociale condamnă o astfel de relație.

În fiecare caz, anxietatea semnalează prezența unui pericol. Termenul este utilizat pentru a desemna starea de disconfort subiectiv pe care persoana o experimentează ori de câte ori se simte amenințată. Această stare include mai multe emoții negative, cum sunt: mânia, vina, ruşinea, mâhnirea, gelozia sau invidia.

În anxietatea obiectivă pericolul este extern şi poate fi îndepărtat prin mijloace realiste, ceea ce reduce şi teama. Anxietatea nevrotică şi cea morală sunt experimentate atunci când personalitatea are impulsul de a face ceva nepermis şi ele semnalează un pericol intrapsihic. Pentru a reduce sau preveni aceste tipuri de anxietate, individul dezvoltă o serie de strategii inconştiente, numite *mecanisme de apărare.* Aceste strategii focalizate pe emoții nu modifică propriu-zis situația stresantă; ele modifică doar modul în care persoana percepe sau gândeşte despre situația respectivă. Fiecare persoană utilizează la un moment dat mecanisme de apărare; acestea ne ajută să depăşim momentele dificile până când găsim modalități mai eficiente de a rezolva problemele. Mecanismele de apărare indică o personalitate dezadaptată doar atunci când devin modul dominant de răspuns la situații problematice.

Mecanismele de apărare aparțin *Ego-ului* şi, de regulă, operează împreună, în diferite combinații. Din considerații teoretice le vom prezenta aici separat. Principalele mecanisme de apărare, descrise de **Freud** şi continuatorii săi, sunt: *reprimarea (refularea), raționalizarea, formațiunea reacțională, proiecția, negarea (anularea), regresia, compensarea, deplasarea, identificarea, intelectualizarea, sublimarea.*

1. *Reprimarea (refularea)* este considerată mecanismul de apărare fundamental. Ea presupune excluderea activă şi totală a gândurilor, amintirilor sau impulsurilor care sunt inacceptabile, înspăimântătoare sau dureroase de la nivelul conştient. Amintirile care evocă vină, ruşine sau auto-depreciere sunt adesea reprimate. **Freud** considera că reprimarea în copilărie a anumitor impulsuri este universală. În cadrul *complexului Oedip*, el susținea că toți copiii trăiesc o atracție sexuală față de părintele de sex opus, concomitent cu ostilitate față de părintele de acelaşi sex; aceste impulsuri, inacceptabile la nivel conştient, sunt reprimate pentru a evita consecințele neplăcute. Mai târziu, oamenii pot reprima sentimente şi amintiri producătoare de anxietate prin faptul că sunt inconsistente cu concepția de sine. Ostilitatea față de o persoană iubită sau experiența eşecului pot fi îndepărtate din memoria conştientă prin reprimare.

Universitatea SPIRU HARET

Reprimarea, ca şi celelalte mecanisme de apărare, poate apărea şi la persoanele sănătoase. Este însă un mecanism rar încununat de succes din mai multe considerente. Energia psihică utilizată pentru a apăra *Ego-ul* prin reprimare nu mai poate fi folosită pentru alte funcţii adaptative (ca cele intelectuale sau sociale). Impulsurile refulate pot fi de multe ori ele însele sănătoase sau adaptative, iar prin reprimare nu mai sunt utilizate în dezvoltarea firească a personalităţii. De exemplu, excluderea prin refulare a tuturor impulsurilor agresive poate duce la constituirea unei personalităţi pasive. Mai mult, impulsurile reprimate ameninţă ulterior să iasă din nou la iveală şi exercită o influenţă puternică asupra comportamentului. Ele determină anxietate fără ca persoana să fie conştientă de motivul acesteia.

Este important de făcut distincţia între *reprimare* şi *suprimare*. Ultimul termen se referă la autocontrol deliberat, la îndepărtarea conştientă din minte a gândurilor dureroase (de exemplu, „acum nu vreau să mă mai gândesc la cearta cu prietenul meu, pentru că am de învăţat"). Suprimarea nu este considerată un mecanism de apărare a *Ego-ului,* deoarece funcţionează la nivel conştient. Oamenii sunt conştienţi de gândurile suprimate, dar nu sunt conştienţi de impulsurile sau de amintirile reprimate. Aşa cum sugera **Freud**, suprimarea şi reprimarea au consecinţe negative asupra funcţionării fizice şi mentale. Persoanele care încearcă să îşi suprime gândurile ajung de fapt să rumineze mai mult decât ceilalţi oameni asupra emoţiilor şi gândurilor nedorite.[5]

[5] O serie de studii recente au evidenţiat că există un efect de recul prin care gândurile suprimate revin cu o forţă şi mai mare, imediat ce persoana lasă garda jos. Într-un studiu asupra văduvelor unor sinucigaşi, cercetătorii au descoperit că femeile care nu vorbiseră nimănui despre suicidul soţilor ruminau mai mult în legătură cu asta decât femeile care se confesaseră altor persoane (*Pennebaker& O'Heeron,1984*). Persoanele care în mod obişnuit încearcă să-şi elimine din minte gândurile nedorite pot descoperi că acestea revin cu o forţă şi mai mare, provocând şi mai mult disconfort. Iar nivelul crescut de stres şi excitarea fiziologică ce îl acompaniază pot avea efecte negative la nivel fiziologic. Exprimarea traumelor şi a emoţiilor asociate acestora poate reduce ruminarea şi are efecte sanogene. Verbalizarea temerilor şi a emoţiilor duce la clarificarea lor şi astfel li se poate face faţă mai uşor. Când împărtăşim altora emoţiile şi suferinţele noastre beneficiem de suport social şi ni se validează sentimentele. Şi, nu în ultimul rând, vorbind despre o traumă, reuşim să descărcăm o parte din încărcătura emoţională, astfel încât cu timpul ea nu mai produce acelaşi nivel de emoţie negativă.

Universitatea SPIRU HARET

2. *Raționalizarea* . O persoană care face ceva inacceptabil sau care are gânduri înspăimântătoare poate scăpa de anxietate sau de vină găsind scuze „perfect raționale" pentru comportamentul său. Este mecanismul de apărare numit raționalizare. Raționalizarea nu înseamnă a „acționa rațional", aşa cum s-ar putea crede, ci se referă la găsirea de motive logice sau social dezirabile pentru ceea ce facem, astfel încât să pară că acționăm rezonabil. Raționalizarea serveşte două scopuri principale. Ne uşurează dezamăgirea atunci când nu reuşim să atingem un scop, ajutându-ne să ne protejăm imaginea de sine (de exemplu, dacă cineva nu a venit la întâlnire, ne putem justifica nouă şi prietenilor: „De fapt nici nu aveam chef să ies cu caraghiosul acela"). Şi, în al doilea rând, ne oferă motive acceptabile pentru comportamentele noastre; dacă acționăm impulsiv sau pe baza unor motive pe care nu vrem să le recunoaştem nici noi înşine, raționalizăm pentru a ne plasa comportamentul într-o lumină mai favorabilă. Raționalizarea este un proces inconştient, care diferă de găsirea de scuze în mod conştient.

3. *Formațiunea reacțională* se referă la faptul că uneori indivizii pot să-şi ascundă inconştient față de ei înşişi un sentiment, exprimând cu putere tocmai sentimentul opus. Este vorba despre modalitatea de a scăpa de un impuls inacceptabil exagerându-i opusul în gândire şi comportament. De exemplu, o mamă care simte vină pentru că nu şi-a dorit copilul poate deveni supraindulgentă sau supraprotectoare pentru a-l asigura de dragostea sa şi pentru a se asigura pe sine că este o mamă bună. Sau un individ speriat de dorința sa de a domina şi de a fi agresiv în situații sociale se poate considera ca fiind o persoană timidă şi pasivă. Timiditatea şi pasivitatea pot fi o formațiune reactivă împotriva tendințelor agresive puternice.

Adeseori este dificil de stabilit dacă o acțiune este manifestarea unui impuls sau al opusului său. Un indicator important pentru formațiunea reactivă este persistența sau excesivitatea comportamentului. Persoane care luptă cu un zel fanatic împotriva decăderii morale, a alcoolului sau jocurilor de noroc pot manifesta, de fapt, acest mecanism de apărare.

4. *Proiecția* ne protejează să ne recunoaştem trăsăturile indezirabile, impulsurile sau dorințele inacceptabile, înlocuindu-le cu pretenții exagerate față de ceilalți sau atribuindu-le altora în cantități excesive. Proiecția poate fi considerată ca o formă de raționalizare, dar este atât de predominantă în culturile actuale, încât merită tratată aparte. **Freud** utiliza exemplul soțului gelos care îşi acuza soția că nu-i este fidelă.

Universitatea SPIRU HARET

De fapt, soţul era cel care dorea să aibă o legătură, dar nu putea înfrunta această dorinţă. Sau o persoană poate avea tendinţa de a fi critică şi distantă faţă de ceilalţi, dar îi displace să admită conştient aceste tendinţe. Dacă însă reuşeşte să se autoconvingă că oamenii din jur sunt cruzi şi distanţi, faptul că-i tratează cu răceală nu se mai bazează pe propriile caracteristici neplăcute, ci le oferă pur şi simplu „ceea ce merită".

Kernberg (1987) arăta că proiecţia este un mecanism procesual care implică trei paşi şi corelarea cu alte mecanisme de apărare. Cei trei paşi sunt: (1) reprimarea impulsului înspăimântător, (2) proiecţia impulsului asupra altei persoane, (3) distanţarea de acea persoană.

5. *Negarea (anularea)* se produce atunci când o realitate externă este prea neplăcută pentru a fi înfruntată; atunci persoana poate nega ceea ce s-a întâmplat sau există deja. De exemplu, cineva poate refuza să admită că persoana iubită a murit şi continuă să se comporte ca şi cum aceasta ar fi încă în viaţă. Forme mai uşoare de negare se manifestă la persoane care în permanenţă ignoră criticile, nu realizează că ceilalţi sunt supăraţi pe ei sau nu văd o mulţime de indicii evidente care sugerează că partenerul conjugal are o relaţie.

În unele situaţii, cum ar fi crizele severe, negarea poate fi un mecanism adaptativ care permite persoanei să se confrunte cu realitatea neplăcută într-o manieră gradată. Este cazul persoanelor care suferă de boli severe ireversibile şi care ar putea renunţa definitiv la lupta pentru supravieţuire dacă ar fi deplin conştienţi de gravitatea condiţiei lor. Pe de altă parte, aspectul negativ al negării este evident la persoanele care amână solicitarea asistenţei medicale din teama de a recunoaşte seriozitatea problemei de sănătate.

6. *Regresia* constă în angajarea în comportamente asociate cu plăcerea obţinută într-un stadiu timpuriu (pregenital) de dezvoltare psihosexuală. Exemple comune de regresie la un stadiu pregenital sunt: rosul unghiilor, vorbirea cu expresii şi ton infantil, mâncatul excesiv, comportamentele impulsive. Astfel de manifestări regresive apar mai ales atunci când persoana se simte insecurizată, se găseşte într-un mediu nefamiliar sau ostil şi are nevoie de întoarcerea la senzaţia de securitate şi confort specifice relaţiei mamă-copil de la vârste timpurii.

7. *Compensarea* presupune a plăti într-o manieră simbolică (de obicei prin acte rituale) pentru o faptă inacceptabilă comisă sau contemplată. De exemplu, o persoană lipsită de scrupule în afacerile pe care le

Universitatea SPIRU HARET

realizează poate compensa inconştient acest comportament (inacceptabil pentru *Ego*) activând în organizaţii caritabile.

8. *Deplasarea* implică reorientarea unui impuls al Id-ului dinspre un obiect înspăimântător şi inacceptabil către un obiect mai puţin înspăimântător şi mai acceptabil. Prin mecanismul deplasării, o nevoie care nu poate fi satisfăcută într-o formă este redirecţionată pe un nou canal. De exemplu, o persoană care este umilită la locul de muncă de către şef, dar nu-şi poate exprima la rândul său furia către sursa de frustrare, se poate descărca ulterior acasă, asupra unui membru al familiei – furia a fost reorientată către o persoană mai puţin ameninţătoare şi care este mai puţin posibil să riposteze.

Conform psihanaliştilor, deplasarea este mecanismul primar în cazul fobiilor. Fobia debutează cu o teamă faţă de ceva sau cineva care nu poate fi evitat. Contactul repetat cu stimulul temut produce o creştere a anxietăţii; pentru a evita sau reduce anxietatea, persoana deplasează teama către o altă ţintă care poate fi uşor evitată şi care este relaţionată simbolic cu stimulul anxiogen.[6] Freud a intuit că deplasarea reprezintă cea mai satisfăcătoare modalitate de a face faţă impulsurilor agresive şi sexuale. De exemplu, impulsurile erotice nu pot fi exprimate direct, dar pot fi deplasate şi manifestate indirect prin activităţi creative; impulsurile ostile pot găsi modalităţi de expresie acceptate social prin participarea la sporturi care presupun contact fizic.

9. *Identificarea* este un proces fundamental în dezvoltarea funcţiilor *Superego-ului* şi în rezolvarea *complexului oedipian* (prin identificare defensivă). Ca mecanism de apărare, identificarea constă în preluarea caracteristicilor altei persoane pentru a reduce anxietatea şi alte emoţii negative. Este modalitatea cea mai comună prin care oamenii fac faţă invidiei. De pildă, un băieţel se poate identifica cu un frate mai mare pentru a se apăra împotriva invidiei ostile pe care o manifestă inconştient faţă de acesta.

[6] Faimosul caz al lui **Freud** – „micul Hans" se referă la un băieţel de patru ani cu fobie de cai. Analiza a relevat că băieţelul (aflat în stadiul falic de dezvoltare psihosexuală) se temea de fapt de tatăl său, pe care însă nu avea cum să îl evite. Hans şi-a deplasat teama către cai, simbol al virilităţii şi al unei figuri masculine puternice. Deplasarea i-a permis micului Hans să reducă anxietatea pentru că putea evita caii, adică obiectele devenite stimuli evocatori ai anxietăţii.

Universitatea SPIRU HARET

10. *Intelectualizarea* constă în încercarea de detaşare faţă de situaţiile stresante, tratându-le în termeni abstracţi, intelectuali. Este tipul de mecanism de apărare utilizat frecvent (şi este o necesitate) de oamenii care se confruntă zilnic cu situaţii de viaţă şi de moarte. De exemplu, medicii care au de-a face permanent cu persoane suferinde nu-şi pot permite să se implice emoţional la fiecare pacient. În astfel de cazuri, intelectualizarea este un mecanism adaptativ, cu condiţia ca ea să nu devină un stil de viaţă dominant, care să rupă persoana de orice fel de experienţă emoţională.

11. *Sublimarea* se referă la metamorfozarea impulsurilor indezirabile prin schimbarea lor în comportamente acceptabile social sau chiar admirate. **Freud** enumera religia, ştiinţa şi arta ca principalele forme de sublimare. El susţinea că cele mai înalte virtuţi ale noastre nu sunt altceva decât sublimări ale celor mai ascunse tendinţe – Sublimarea este considerată singurul mecanism de apărare încununat de succes, deoarece permite redirecţionarea permanentă a impulsurilor *Id-ului* şi totodată exprimarea acestora.

Există o multitudine de factori care determină mecanismele de apărare pe care o persoană le va utiliza la un moment dat pentru a face faţă anxietăţii. Dintre aceştia fac parte: vârsta (la vârstele timpurii oamenii dezvoltă mecanisme de apărare primitive sau imature, ca negarea şi reprimarea; ulterior, se dezvoltă mecanisme mai complexe şi mai mature, ca identificarea şi raţionalizarea), natura conflictelor originare, momentele din dezvoltarea psihosexuală în care au apărut conflictele, circumstanţele de viaţă ale persoanei etc. (după Atkinson R., Smith E., Bem D., Nolenhoekesma S., Hilgard's Introduction to Psychology, 1996).

COMPLEXUL OEDIP

În cadrul dezvoltării psiho-sexuale descrise de **Freud**, între 4 şi 5-6 ani copilul parcurge stadiul falic. În acest interval libidoul este centrat în zona genitală. Plăcerea se obţine din joaca cu organele genitale. La această vârstă copiii pot fi adeseori observaţi examinându-şi organele genitale, masturbându-se şi punând întrebări despre naştere şi sex; ei sesizează diferenţa dintre femei şi bărbaţi. Stadiul falic este marcat de ultimul şi cel mai important conflict pe care copilul trebuie să îl rezolve: *complexul Oedip,* care constă în dorinţa inconştientă a copilului de a-şi poseda părintele de sex opus şi, în acelaşi timp, de a elimina părintele de

Universitatea SPIRU HARET

acelaşi sex. **Freud** a menţionat că la băieţi şi la fete *complexul Oedip* operează diferit, fără a descrie foarte clar în ce constau fiecare (continuatorii săi au adăugat precizări suplimentare). Versiunea feminină a complexului oedipian se numeşte *complexul Electra.* În cazul băieţilor, primul obiect al ataşamentului este mama, persoana care-i oferă afecţiune, îngrijire şi-i satisface nevoile bazale. Deoarece este perioada în care libidoul este centrat pe zona genitală, dragostea pentru mamă capătă încărcătură erotică şi devine incestuoasă. Tatăl este cel care se interpune între dorinţa sexuală inconştientă a băiatului şi mamă, astfel că el este perceput ca un rival de eliminat. Copilul dezvoltă o pulsiune agresivă inconştientă faţă de tată, dublată de teama, de asemenea inconştientă, că tatăl s-ar putea răzbuna. Faptul că băiatul a observat la această vârstă că femeile nu au penis şi se gândeşte că au fost castrate îi sugerează că tatăl s-ar putea răzbuna castrându-l. Astfel apare anxietatea de castrare, după **Freud** prima formă de anxietate resimţită de copil. Rezolvarea *complexului Oedip* implică două procese: reprimarea dorinţelor incestuoase şi a pulsiunilor agresive şi identificarea defensivă cu tatăl. Reprimarea asigură eliminarea completă a acestor tendinţe de la nivel conştient, iar identificarea defensivă presupune preluarea caracteristicilor persoanei temute. Băiatul rezolvă conflictul oedipian identificându-se cu comportamentele, valorile şi atitudinile tatălui. Identificarea defensivă îi permite băiatului să-şi posede mama în plan imaginar, să elimine anxietatea de castrare şi să asimileze comportamentele potrivite sex-rolului masculin.

Complexul Electra este mai complicat şi mai puţin clar decât cel oedipian. **Freud** l-a menţionat ca şi corespondent feminin al *complexului Oedip*, descriindu-l sumar. Şi în cazul fetiţei, primul obiect al ataşamentului este mama. Totuşi, în decursul stadiului falic, ea descoperă că, în timp ce ea, mama şi celelalte femei nu au penis, tatăl şi ceilalţi bărbaţi se deosebesc prin posesia penisului. Raţionamentul inconştient al fetiţei este că probabil a fost castrată şi o învinovăţeşte pe mamă pentru această aparentă mutilare. În plus, mama fiind cea care petrece cel mai mult timp cu copilul şi îl disciplinează, generează şi o serie de nemulţumiri şi resentimente. Astfel, fetiţa dezvoltă tendinţe inconştiente de respingere a mamei în paralel cu o atracţie sporită faţă de tată. Atracţia pentru tată este încărcată erotic, deoarece în această perioadă libidoul este centrat pe zona genitală şi este dublată de invidia penisului. **Freud** considera că fetele sunt mai puţin motivate decât băieţii să rezolve acest conflict. Teama de nu pierde dragostea maternă este cea care le determină să-şi reprime tendinţele inconştiente şi să se identifice cu mama preluând atributele sex-rolului feminin. **Freud** a fost mult mai puţin explicit în

Universitatea SPIRU HARET

privința depășirii complexului Electra, considerând că aceasta se produce mult mai târziu decât la băieți şi nu este niciodată completă. Conform concepției sale, femeile rămân întotdeauna fixate într-o anumită măsură în stadiul falic.

Fixarea la nivelul stadiului falic generează caracterul falic care este nechibzuit, hotărât, sigur de sine, excesiv de mândru şi vanitos, având o moralitate deficitară şi probleme cu autoritatea. Din cauza faptului că individul continuă să sufere de anxietatea de castrare, el tinde să se teamă de apropiere şi dragoste. Curajul şi siguranța de sine nu sunt decât forme de apărare împotriva anxietății.

Patternul exact de manifestare a complexului oedipian variază de la o persoană la alta, depinzând de dezvoltarea acesteia în stadiile prefalice şi de circumstanțele familiale specifice (de exemplu, în absența unui părinte copilul se va raporta la un înlocuitor: mătuşă, unchi, dădacă).

DINAMICA PSIHICĂ ÎN CONCEPȚIA JUNGIANĂ

Arhetipurile sunt predispoziții de a gândi şi acționa în moduri particulare, tendințe înnăscute şi generale de a forma reprezentări ale temelor mitologice. Ele reprezintă categorii *a priori* cu caracter colectiv, care nu pot fi observate direct, sunt incognoscibile. În urma analizei putem cunoaşte cel mult *imaginile arhetipale,* care se reflectă în comportamente. Acestea rezultă din faptul că, de la naştere până în momentul analizei, o serie de fapte din istoria personală a individului au fost preluate de tendințele inerente arhetipale, creând *fațete* ale înțelesului arhetipal. *Arhetipurile* dirijează din interior evoluția omului în viață; astfel, părinții, soția, copiii, naşterea şi moartea sunt potențialități care există în noi şi au nevoie de fapte concrete care să le dea consistență. Conținutul specific al fiecărei teme variază considerabil în funcție de locul şi timpul cărora le aparține persoana, dar *patternul fundamental rămâne acelaşi*. De exemplu, *arhetipul Eroului* poate lua forma cavalerului medieval, a samuraiului japonez, a exploratorului, a jucătorului de fotbal, a liderului sindical sau a astronautului, în toate aceste cazuri întruchipând ideea de personaj curajos, îndrăzneț, admirat. *Arhetipul* are nevoie de o cultură şi de relații concrete pentru a completa matricea cu un conținut. Astfel, de pildă, *arhetipul Marea mamă* se referă la tendința ca orice ființă să se raporteze la o altă realitate, cea a mamei. În jurul acestui înțeles, în funcție de experiența personală, *imaginea arhetipală* poate lua multiple

Universitatea SPIRU HARET

forme: mamă iubitoare, mamă maşteră, mamă dominantă, mamă super-protectoare etc. Fiecare persoană îşi formează o imagine particulară în funcţie de trăirile prilejuite de relaţia cu propria mamă, de relaţia cu substitutul de mamă, cu mama din conştiinţa colectivă.

Printre arhetipurile care populează *inconştientul colectiv* se numără: *Sinele*, *arhetipurile sexuale*, *arhetipurile contrasexuale (Anima* şi *Animus)*, *Persona*, *Tricksterul*, *Bătrânul înţelept*, *Răul absolut*, *Bunica* ş.a.

Sinele[7] este arhetipul central reglator, coordonator pentru unitatea întregii personalităţi. El asigură ordinea intrapsihică şi impulsionează formarea *Eului*, dezvoltarea conştiinţei şi procesul de individuaţie. Este o entitate supraordonată *Eului* conştient. *„Sinele nu este doar punctul central, ci şi acea circumferinţă care cuprinde conştientul şi inconştientul."* (**Jung**, 1936)

Anima este arhetipul aspectelor feminine ale bărbatului, iar *Animus*, arhetipul aspectelor masculine ale femeii. *Anima* este imaginea colectivă a femeii eterne *„moştenită, care există în inconştientul bărbatului, cu ajutorul căreia înţelege natura feminină."* (**Jung**, 1928), iar *Animus* reprezintă reciproca pentru femeie. Diferenţa între bărbat şi femeie, afirmă **Jung**, constă în faptul că *Anima* produce dispoziţii, stări, în timp ce *Animus* produce convingeri, opinii.

Persona este arhetipul pentru masca publică, ceea ce vrea să arate persoana, să pară în exterior. *Eul* normal, sănătos, poate adopta diferite faţete ale *Persona*, în funcţie de caracteristicile situaţiei cu care se confruntă. Pericolul apare atunci când *Persona* exercită o influenţă prea puternică asupra personalităţii şi omul ajunge chiar să creadă că este ceea ce pretinde că este.

---

[7] **Jung** a fost preocupat, de-a lungul carierei sale, de descoperirea imaginilor arhetipale care apar frecvent în miturile din diverse culturi, în vise şi în fantezie, în artă. *Mandala* (cerc magic în sanscrită), de exemplu, este o imagine-simbol universală legată de activarea arhetipului *Sine*. Ea apare reprezentată de forma unui cerc înscris într-un pătrat, a pătratului cuprins în cerc sau prin aranjamentul simetric al cifrei 4 şi multiplilor săi. Semnificaţia *mandalei* este de organizare în jurul unui centru unificator, care împiedică spargerea şi disoluţia conţinuturilor, protejând unitatea. Astfel de organizări apar în vise, în desene, în viziuni fantasmatice, mai ales în momente de criză (episod psihotic) sau de activare a sinelui (adolescenţi). *Mandala* este instrument de contemplaţie în lamaism şi în yoga tantrică, se regăseşte în unele dansuri ritualice (ca hora sau căluşarii la noi), în locuri sacre de formă rotundă (precum sanctuarul de la Casterligg, „masa" de la Sarmizegetusa) sau în iconografie (reprezentarea centrală a figurii lui Iisus înconjurat de cei patru evanghelişti sau simbolurile lor).

Universitatea SPIRU HARET

Tricksterul este arhetipul pe care se structurează umbra, „partea întunecată" a personalității, cea pe care oamenilor nu le place să o recunoască în ei înşişi (instincte, idei inacceptabile şi reprimate). *„Apare în inconştient ca o contratendinţă şi, în anumite cazuri, ca un fel de personalitate secundă, având un caracter pueril şi inferior." „În cele mai limpezi manifestări ale sale, este o reflectare a unei conştiinţe umane absolut nediferenţiată, corespunzătoare unui psihic care cu greu a părăsit nivelul animal."* (**Jung**, 1959)

Complexele[8] sunt definite de **Jung** ca grupări de conținuturi (imagini arhetipale) legate între ele, ce gravitează în jurul unui miez de înțeles comun (în esența sa arhetipal) şi care au un ton afectiv-emoțional comun. *Complexul* poate fi descris ca o structură relativ închisă, care constă dintr-o multitudine de aspecte psihice sau trăiri, unite printr-un ton emoțional puternic, identic pentru toate aceste componente. Pe baza matricelor arhetipale, în funcție de experiențele personale, în dezvoltarea individului apar diferite *complexe,* care se manifestă la nivelul *inconştientului personal.* Energia şi sensul pozitiv sau negativ al complexelor depind de relațiile cu genitorii şi cu persoanele care au importanță pentru individ. Fațetele lor sunt înalt individuale, specifice, deoarece cuprind date ale istoriei personale. De exemplu, în ce priveşte sursele complexului *Anima* la bărbat, acestea sunt: reprimarea unor calități, trăsături sau înclinații feminine definite cultural ca inacceptabile pentru identitatea sexuală (masculină) a Eului şi care tind să se grupeze în jurul imaginii feminine arhetipale. În cultura occidentală tradițională, *Anima* tinde să fie purtătoarea părții emoționale neintegrate a bărbatului, ceea ce se manifestă printr-o afectivitate dominată de sentimentalism (versus sentimente nuanțate şi mature). La aceste fațete se adaugă contactele reale pe care bărbatul le-a trăit cu feminitatea, în toate ipostazele sale, de-a lungul vieții: relația cu mama, dădaca, bunica, profesoara, prima iubită ş.a.m.d. Aceeaşi descriere este valabilă şi în ceea ce priveşte originea şi sursele complexului *Animus* la femeie. [Complementar, la femeie *Animus* se manifestă ca o gândire nediferențiată, rigidă, ce apelează la opinii comune şi stereotipii (*versus* gândire flexibilă şi adaptată)]. Modul obişnuit în care aceste complexe sunt trăite, este prin proiectarea lor pe o persoană de sex opus. Succesul sau eşecul individului în relaționarea cu membrii sexului opus depind în mare măsură de climatul psihic creat acasă de

[8] **Jung** a fost cel care a propus şi introdus în terminologia psihanalitică conceptul de *complex*. Acesta a fost preluat ulterior de **Freud, Adler** şi ceilalți psihanalişti, fiind definit însă în mod diferit de fiecare dintre ei.

Universitatea SPIRU HARET

părinți, de interacțiunile adulților între ei şi cu copilul. În privința dezvoltării sexuale a copilului, valoarea personală atribuită de fiecare părinte celuilalt este în special semnificativă.

Complexe menționate frecvent în analiza jungiană sunt: *complexul Eului*, *Umbra*, *Persona*, *complexele contrasexuale*: *Anima* şi *Animus*.

Complexul Eului se formează treptat pe baza *arhetipului Sinelui* şi desemnează centrul identității conştiente, subiective. Relația dintre *Eu* şi *Sine* este reciprocă: *Sinele* motivează dezvoltarea *Eului* şi se extinde mult dincolo de *complexul Eului*; dar *Sinele* se poate manifesta doar prin *Eu*. Un *Eu* puternic, coerent presupune conştientizarea a cât mai multe aspecte ce țin de propria personalitate şi poate suporta mesajele contradictorii, situațiile paradoxale, se poate implica emoțional în relații fără teama de a se pierde. Un *Eu* slab este caracterizat printr-o conştientizare redusă şi tinde să utilizeze repetitiv, rigid, mecanismele de apărare formate în copilăria timpurie (reprimarea, negarea, disocierea în alb-negru).

Umbra este complexul care se formează din părți rejectate, neacceptate ale identității personale. Agresivitatea şi impulsurile sexuale sunt cel mai adesea disociate şi exilate în *Umbră* încă din copilărie şi rămân astfel la un stadiu primitiv de expresie, fără a avea şansa să fie dezvoltate şi diferențiate prin conştientizare. *Umbra* în sine nu este pozitivă sau negativă. Ea poate părea negativă din perspectiva imaginii dominante a *Eului*, dar conținuturile sale reale sunt întotdeauna atât negative, cât şi pozitive şi încărcate de energie psihică.

Persona (masca) se constituie ca şi complex între conştiința individuală şi societate, având dublul rol de a realiza o anumită impresie asupra celorlalți şi de a se adapta. *Eul* conştient este inițial identic cu persona, pentru a se integra social; în timp, acesta se individualizează sub influența conținuturilor *Sinelui*.

Jung face analogia între inconştientul personal şi sistemul solar în care corpurile cereşti ar fi complexele. În anumite momente, unul sau mai multe complexe se energizează (se constelează) şi devin dominante în spațiul inconştient. De multe ori, în dinamica psihică, un *Eu* insuficient de puternic, incapabil să diferențieze între ce îi aparține lui şi exterior, ajunge să fie inflaționat cu elemente inconştiente. *Arhetipurile* ajung să „posede" individul, îi împiedică împlinirea şi *Eul* se identifică cu problema (cu diverse fațete ale complexelor activate). În stările psihotice, conştientul este complet anihilat de revărsări ale conținutului inconştient. **Jung** consideră că simptomele psihopatologice şi simbolistica asociată lor sunt manifestări ale unor arhetipuri neglijate: *„Arhetipurile sunt forțe psihice vii care cer să fie luate în serios şi au un mod straniu*

Universitatea SPIRU HARET

*de a fi sigure de acest lucru. Întotdeauna sunt aducătoare de protecţie şi de salvare şi violarea lor are ca o consecinţă „pericolele sufletului" cunoscute din psihologia primitivilor. Mai mult, ele sunt cauzele infailibile ale tulburărilor nevrotice şi chiar psihotice, comportându-se exact precum organele fizice ori sistemele funcţionale neglijate sau maltratate." (***Jung,** 1959) Analiza terapeutică urmăreşte o reflectare a *Eului* asupra sieşi, conştientizarea şi reconsiderarea aspectelor neglijate şi o decentrare de pe problemele inconştiente.

Individuarea este un concept central în analiza jungiană şi se referă la procesul prin care persoana încearcă să înţeleagă şi să valorifice toate potenţialităţile înnăscute ale psihicului său, în sensul de autodesăvârşire. „*Individuare înseamnă a deveni o fiinţă individuală, iar în măsura în care prin individualitate înţelegem unicitatea noastră cea mai intimă, ultimă şi necomparabilă, înseamnă a deveni propriul Sine. De aceea, am putea traduce individuare şi prin „ajungere la propriul Sine" sau „realizare de sine".(***Jung,** 1928) Sensul individuării (şi al funcţiei religioase a *Sinelui* este relaţionarea *Eului* cu *Sinele*, asumarea conştientă şi responsabilă a deciziilor în sensul indicat de *Sine.* **Jung** subliniază că posibilităţile arhetipale ale psihicului sunt nelimitate, ceea ce face ca dorinţa de a împlini total aceste virtualităţi să rămână un ideal utopic. O astfel de atitudine perfecţionistă va fi trăită ca eşec, deoarece *Eul* rămâne veşnic parte a unui întreg mai cuprinzător, mai profund, reprezentat de *Sine* ca *imago dei* (imaginea divinităţii).

ÎNTREBĂRI PENTRU CURSANŢI

1. Explicaţi concepţia freudiană asupra apariţiei simptomelor nevrotice şi a modului de tratare a acestora prin terapia psihanalitică.

2. Argumentaţi prin ce se aseamănă şi prin ce se deosebeşte concepţia jungiană de concepţia freudiană asupra structurării psihicului uman.

3. Prezentaţi principalele modificări şi completări aduse de Jung conceptelor şi tehnicilor psihanalitice clasice.

4. Caracterizaţi contribuţia neo-freudienilor la progresul psihoterapiei.

Universitatea SPIRU HARET

5. Enumerați și prezentați câteva direcții posibile de utilizare a visurilor pacienților în terapie, ca modalitate de acces la conținuturile inconștiente ale psihicului. Argumentați utilitatea unui astfel de demers.

6. Care considerați că sunt avantajele și dezavantajele utilizării unui demers analitic în tratarea unui pacient cu tulburare psihică.

7. Identificați în viața cotidiană exemple pentru fiecare dintre mecanismele de apărare. Încercați să descoperiți care sunt mecanismele de apărare care vă caracterizează.

BIBLIOGRAFIE

1. Freud Sigmund, *Opere,* Editura Trei, București, 1999-2000.

2. Holdevici Irina, *Elemente de psihoterapie*, Editura All, București, 1996.

3. Jung Carl Gustav, *Amintiri, vise, reflecții consemnate și editate de Aniela Jaffé,* Editura Humanitas, București, 1996.

4. Liebert Robert, Spiegler Michael, *Personality, Strategies and Issues,* Pacific Grove, California, 1995.

5. Minulescu Mihaela, *Introducere în analiza jungiană,* Editura Trei, București, 2001.

V. **ORIENTAREA COMPORTAMENTALĂ ÎN PSIHOTERAPIE**

V.1. **Psihoterapia comportamentală**

V.1.1. *Fundamentare teoretică*

Orientarea comportamentală (behavioristă) s-a conturat în domeniul psihologiei (în Statele Unite ale Americii) la debutul secolului XX, în contrast cu abordarea psihodinamică a personalității. Spre deosebire de strategia psihanalitică, conform căreia comportamentele reprezintă semne sau indicii asupra personalității de bază, profunde, respectiv asupra proceselor inconştiente, behavioriştii se concentrează asupra comportamentelor în sine. Strategia comportamentală se focalizează asupra conduitei actuale şi, în loc să interpreteze problemele prezente ca simptome ale unor tulburări ascunse, le priveşte ca fiind *răspunsuri dezadaptative învățate,* care ar trebui să constituie țintele directe ale intervenției terapeutice. Ei subliniază că, deşi obținerea insight-ului este un scop important în orice demers psihoterapeutic, acesta nu asigură, prin sine, schimbarea comportamentului. Adeseori reuşim să înțelegem de ce reacționăm într-un anumit fel într-o situație dată, dar nu suntem capabili să ne schimbăm şi modul de a ne comporta. În contrast cu terapiile dinamice, care încearcă să schimbe anumite aspecte ale personalității individului printr-un sondaj laborios şi de lungă durată al inconştientului, terapiile comportamentale tind să se centreze pe modificarea comportamentelor dezadaptative în situații specifice.

Conceptele de la baza orientării comportamentale sunt cele de *învățare* şi de *mediu (situație)*. O prezumție de bază a behaviorismului este aceea că comportamentul se modifică prin învățare şi experiență şi ține mai puțin de ereditate şi de factorii biologici. *Teoriile învățării* afirmă că personalitatea umană se structurează şi funcționează în funcție

Universitatea SPIRU HARET

de stimulii externi, de situațiile, rolurile şi interacțiunile sociale. În felul acesta, este contrazisă teoria psihanalitică clasică conform căreia personalitatea umană şi manifestările ei depind de forțe psihice interne, abisale, inconştiente. Conform comportamentaliştilor, toate reacțiile, emoțiile şi deprinderile dezadaptative au fost achiziționate în cursul vieții individuale, cu alte cuvinte au fost învățate. Ele s-au fixat deoarece, la un moment dat din istoria individului, i-au permis acestuia să facă față stresului, să evite anumite experiențe traumatizante. Ulterior, aceste reacții se generalizează şi tind să fie repetate nu numai în prezența acelor stimuli aversivi care le-au generat, ci şi într-o serie de alte situații oarecum asemănătoare. De exemplu, cineva care a constatat că evitarea este o modalitate eficientă de a face față atacurilor unor persoane agresive poate ajunge să repete acelaşi pattern de relaționare în toate situațiile sociale, chiar în întâlnirea cu persoane nonagresive. Reacțiile dezadaptative nedorite, reunite sub denumirea generică de nevroză, sunt considerate de către comportamentalişti drept fenomene învățate şi ele fac obiectul terapiei. Psihoterapia behavioristă se adresează direct acestor simptome pe care îşi propune să le elimine tot printr-un proces de dezvățare-învățare.[1]

De asemenea, în viziunea behavioristă, comportamentul este rezultatul unei permanente interacțiuni dintre variabilele personale şi cele din *mediu*. Persoana şi situațiile cu care se întâlneşte aceasta se influențează reciproc. Psihanaliza afirmă că patternurile comportamentale se dezvoltă de timpuriu şi se stabilizează în viața adultă. După comportamentalişti însă, consistența comportamentală depinde de situație, acțiunile oamenilor fiind constante în condiții similare, dar variind în situații diferite. Cu alte cuvinte, comportamentul este *în funcție de situație*, iar un demers psihoterapeutic comportamental presupune adeseori şi o intervenție asupra mediului.

Terapiile comportamentale utilizează o largă varietate de tehnici, toate având în comun trei caracteristici esențiale:

[1] Terapeuții de orientare comportamentalistă citează adesea unul dintre celebrele experimente ale lui **Watson** şi **Rayner** (1920), pentru a demonstra că reacțiile emoționale, simptomele nevrotice sunt învățate şi pot fi condiționate în decursul existenței umane. Este vorba de cazul „*Micul Albert*", un băiețel de 11 luni care inițial nu avea nici un fel de reacție la vederea unui şobolan alb. În urma asocierii repetate a prezentării animalului cu un zgomot foarte puternic, copilul a dezvoltat o reacție de teamă la apariția animalului, reacție care ulterior s-a generalizat, apărând şi la alte animale sau jucării fabricate din blană ori din pluş.

Universitatea SPIRU HARET

• **Modificarea comportamentelor-ţintă.** Terapiile comportamentale se adresează unor comportamente specifice, bine delimitate, numite *comportamente-ţintă.* În mod tipic, clienţii îşi descriu dificultăţile în termeni vagi, generali, cum ar fi: „mă simt anxios, supraîncordat", „nu mă pot concentra, mă simt neajutorat şi depăşit de situaţii", „sunt dezorientat, confuz, mă simt singur". În prima şedinţă, psihoterapeutul ascultă atent afirmaţiile clientului şi-l ajută să-şi definească problema în termeni de comportamente. Apoi, se realizează descompunerea acesteia în scopuri specifice, identificându-se comportamentele-ţintă (de exemplu, din ceea ce clientul descrie ca anxietate şi supraîncordare se caută comportamentele de referinţă: pentru un individ experienţa subiectivă a anxietăţii poate duce la evitarea anumitor situaţii, în timp ce pentru altul poate determina o slabă performanţă profesională). Faptul că acest tip de demers se focalizează pe comportamente-ţintă nu înseamnă că evită problemele complexe, ci că primul pas constă întotdeauna în descompunerea acestora în elemente componente. Problemele cu faţete multiple sunt tratate secvenţial şi nu simultan. Terapiile comportamentale tratează doar unul sau două comportamente-ţintă o dată şi, abia după obţinerea succesului în acest caz, se trece la un alt comportament.

• **Tratamentul cu menţinerea condiţiilor.** Principiul după care lucrează terapeuţii comportamentalişti este acela că factorii care cauzează sau menţin în mod obişnuit comportamentul-ţintă trebuie păstraţi (nu evitaţi sau înlăturaţi) în timpul terapiei. Pentru aceasta, din primele şedinţe trebuie analizate condiţiile, stimulii prezenţi înaintea apariţiei comportamentului-ţintă (antecedentele) şi rezultatele lui asupra propriei persoane, asupra celorlalţi sau asupra mediului (consecinţele).

De exemplu, pentru un client supraponderal, al cărui comportament-ţintă este mâncatul excesiv:

Antecedente	Consecinţe
Seara (momentul zilei)	Îi vine să mănânce
Singur acasă (cine e prezent)	Se simte vinovat
Plictiseală (ce se întâmplă)	Creşte în greutate
Frustrare (ce se întâmplă)	Hainele nu-l mai încap
Snacks-uri în casă (în ce condiţii)	Este poreclit „bucălatul"

La menţinerea condiţiilor se renunţă doar în scop terapeutic, adică pentru a modifica comportamentul-ţintă (în exemplul de mai sus, se poate prescrie, de pildă, ca clientul să ia măsuri pentru a nu rămâne seara singur sau să nu mai păstreze *snacks*-uri în casă).

Universitatea SPIRU HARET

• **Utilizarea de tehnici centrate pe acţiune.** Spre deosebire de psihoterapiile verbale (precum psihanaliza, terapia centrată pe client ş.a.), care utilizează în primul rând dialogul ca formă de intervenţie terapeutică, terapiile comportamentale implică activ clientul, care realizează o serie de acţiuni pentru a-şi rezolva problemele. Acesta primeşte o serie de teme pentru acasă, îşi observă şi notează comportamentele-ţintă, exersează comportamente adaptative şi îşi organizează condiţiile de viaţă pentru a crea şi întări comportamente adaptative. Pe scurt, clientul devine activ şi nu numai gândeşte şi vorbeşte despre dificultăţile sale.

Un demers terapeutic comportamental complet presupune parcurgerea a patru faze obligatorii:

1. precizarea aspectului comportamental inadecvat (când a apărut, cum, în ce împrejurări, în ce condiţii continuă să apară);
2. delimitarea simptomelor-ţintă şi a obiectivelor terapiei;
3. alegerea uneia sau mai multor tehnici comportamentale potrivite şi stabilirea unui program psihoterapeutic;
4. evaluarea rezultatelor în raport cu stadiul anterior terapiei.

V.1.2. *Tehnici specifice psihoterapiei comportamentale*

O dată ce comportamentul-ţintă care se cere modificat a fost specificat, terapeutul şi clientul elaborează împreună, de comun acord, un *program de terapie* ce include o combinaţie de tehnici comportamentale. Psihoterapeutul este cel care alege metodologia cea mai potrivită pentru problematica clientului şi îi propune acestuia o schemă de tratament. Principalele tehnici psihoterapeutice comportamentale sunt: *desensibilizarea sistematică progresivă, expunerea „in vivo", tehnica stingerii comportamentelor nedorite, întărirea selectivă, modelarea, terapia aversivă, antrenamentul asertiv, autoreglarea.*

1. **Desensibilizarea sistematică progresivă.** Desensibilizarea sistematică progresivă poate fi privită ca un proces de decondiţionare sau de contracondiţionare. Termenul îi aparţine lui **Wolpe** (1958) care a dezvoltat această tehnică, eficientă mai ales în eliminarea fobiilor sau temerilor (de exemplu, fobia de înălţime, fobia de animale, agorafobia, claustrofobia etc.), dar şi în reducerea tracului, în cazuri de impotenţă şi frigiditate, în tulburări anxioase. Constă în a-l învăţa pe subiect ca, în prezenţa stimulilor anxiogeni, imaginari sau reali, să se relaxeze sau să se comporte într-un mod care este incompatibil cu apariţia anxietăţii. Deoarece o constatare elementară arată că este dificil să fii relaxat şi anxios

Universitatea SPIRU HARET

în acelaşi timp, relaxarea este principalul tip de răspuns adaptativ utilizat pentru a contracara anxietatea[2]. Metoda cuprinde următoarele etape:

a) Învățarea relaxării (durează de regulă cam 6 şedinţe). Aşezat într-o poziţie confortabilă (culcat, şezând sau semişezând), clientul se antrenează sistematic, sub îndrumarea psihoterapeutului, în relaxarea tuturor grupelor musculare. Învaţă progresiv să facă distincţia între relaxare şi încordare, încordând şi relaxând fiecare grup muscular, şi să discrimineze grade variate de tensiune. Exerciţiile de relaxare sunt recomandate şi ca sarcini pentru acasă. Uneori pot fi utilizate medicamente sau hipnoza pentru persoanele incapabile să se relaxeze altfel.

b) Stabilirea ierarhiei situaţiilor generatoare de anxietate, în ordine descrescătoare, de la situaţia cea mai anxiogenă până la cea mai puţin anxiogenă. În această a doua etapă, stimulii care stârnesc anxietatea clientului sunt identificaţi şi ordonaţi într-o ierarhie a anxietăţii. De multe ori, oamenii se simt speriaţi în diferite momente, fără a fi conştienţi de condiţiile care amplifică sentimentul de teamă. În astfel de cazuri, terapeutul îl ajută pe client să descopere situaţiile producătoare de anxietate printr-un interviu cu întrebări detaliate sau prin inventare de autoevaluare. Este important ca ierarhia să fie bine individualizată, ţinând cont de faptul că situaţii profund anxiogene pentru un individ pot fi neutre sau chiar plăcute pentru un altul (de exemplu, mângâierea unui câine este un gest firesc, plăcut pentru mulţi oameni, dar înalt anxiogen pentru un client cu fobie de câini).

c) Desensibilizarea propriu-zisă. După ce subiectul stăpâneşte bine tehnica de relaxare, este expus gradual stimulilor succesivi, din ce în ce mai anxiogeni, din ierarhia stabilită anterior. Desensibilizarea se face în condiţii de relaxare profundă, scopul fiind asocierea de stimuli anxiogeni cu relaxarea pentru a „sparge" asocierea dezadaptativă anterioară (stimul-anxietate) şi a o înlocui cu un răspuns adaptativ. Subiectului i se cere să se relaxeze cu ochii închişi şi să îşi imagineze iniţial scene neutre şi apoi fiecare din situaţiile din ierarhie, începând cu cea mai puţin anxiogenă. În momentul în care pacientul afirmă că simte anxietate, şedinţa se încheie cerându-i-se să se concentreze pe starea de relaxare. Tratamentul continuă până când subiectul devine capabil să rămână destins în timp ce îşi reprezintă scene care anterior îi produceau teamă, încordare.

[2] Alte răspunsuri adaptative care pot fi utilizate în desensibilizarea sistematică progresivă includ: râsul şi umorul, gândurile plăcute, mâncatul, comportamentul asertiv, excitarea sexuală.

Universitatea SPIRU HARET

Atunci când mai mulți clienți suferă de aceeași teamă, desensibilizarea se poate face în grup. De regulă, pentru a fi eficientă, expunerea la stimuli anxiogeni imaginari este urmată de expunerea graduală la stimuli reali – așa-numita desensibilizare „in vivo".

2. **Expunerea „in vivo"** merge pe același principiu ca și tehnica precedentă, pacientul fiind însă instruit să se confrunte cu situațiile reale pe care și le-a imaginat în timpul ședințelor de terapie sau direct, fără a mai trece prin etapa imaginativă. Scopul este de a reuși să păstreze starea de relaxare în prezența stimulilor respectivi. Este un procedeu mai eficient decât simpla imaginare a situațiilor producătoare de anxietate, dar unii pacienți au nevoie să înceapă cu nivelul imaginativ și apoi să experimenteze situațiile concrete.

3. **Tehnica stingerii comportamentelor nedorite** pornește de la principiul că, expunând pe cineva direct la stimuli producători de anxietate, persoana descoperă că nu se întâmplă nimic rău, ceea ce poate conduce la stingerea comportamentului de teamă. Confruntarea cu situațiile anxiogene se poate face în plan imaginar, terapeutul manevrând astfel situația încât să producă rapid o creștere masivă a anxietății (tehnica implozivă) sau prin expunerea reală, mai ales la pacienții cu capacități imaginative limitate (tehnica expunerii – flooding). Prin expuneri repetate la situații anxiogene în condiții de securitate afectivă (în prezența terapeutului sau a altei persoane de încredere), stimulii anxiogeni își pierd forța și comportamentul de evitare a respectivelor situații are tendința să se stingă. Aceste tehnici se dovedesc eficiente mai ales în tratarea agorafobiei (care implică teama de a părăsi un loc sigur, cum este locuința) și a tulburărilor obsesiv-compulsive. Deși marea majoritate a pacienților răspund favorabil la ele, unii subiecți nu obțin rezultate, iar la un număr foarte mic se poate produce chiar o exacerbare a simptomatologiei.

4. **Întărirea selectivă.** Ideea de la baza acestei tehnici este aceea că modelele de comportament învățate au tendința de a slăbi și de a dispărea în timp, dacă nu sunt întărite corespunzător. Tehnica este eficientă mai ales la copii, în situațiile în care comportamentul nedorit a fost întărit fără voie de persoanele din jur. Procedura implică recompensarea comportamentelor dezirabile și ignorarea celor indezirabile. De exemplu, un băiețel care în mod obișnuit țipă pentru a atrage atenția mamei poate fi ignorat de câte ori se comportă astfel, fiind în schimb

Universitatea SPIRU HARET

tratat cu atenție atunci când vine lângă mamă şi i se adresează pe un ton normal. Tehnica este utilizată cu succes în tratarea enurezisului, agresivității, crizelor de furie, comportamentelor de deranjare a colegilor în clasă, retragerii sociale, performanțelor şcolare scăzute, precum şi în cazul copiilor autişti, al adulților retardați şi al pacienților cu boli mentale severe.

5. **Modelarea** presupune însuşirea unor modele de comportament dezirabile prin observarea şi imitarea altor persoane, cum ar fi terapeutul, îngrijitorul sau părintele (principiul de bază este cel al învățării prin observare). Deoarece observarea altor modele este principala modalitate prin care oamenii învață, persoanele cu răspunsuri dezadaptative pot prelua strategii mai bune de a reacționa privind la alți oameni care pun în acțiune comportamente adaptative (fie direct, fie înregistrări pe casete video). Tehnica s-a dovedit eficientă în formarea de deprinderi de autoservire la pacienții deficienți mintal, precum şi în depăşirea anxietății, când persoana are şansa de a observa pe altcineva trecând prin situația provocatoare de anxietate fără a fi rănit. De exemplu, pentru o persoană care vrea să scape de teama de şerpi, înainte ca ea să atingă un şarpe, terapeutul îi poate oferi un model, luând şi ținând animalul în mâini fără să manifeste teamă şi arătându-i că nu se întâmplă nimic periculos.

6. **Terapia aversivă** constă în înlăturarea modelelor nedorite de comportament prin metoda clasică a sancțiunilor, deci prin folosirea de stimuli aversivi (cel mai des utilizați stimuli aversivi sunt şocurile electrice). Tehnica a fost aplicată inițial în tratarea toxicomanilor, a deviațiilor sexuale şi a deprinderilor compulsive, respectiv a comportamentelor care oferă gratificații imediate individului, dar au consecințe negative pe termen lung: sunt inadecvate social, prohibite cultural şi dăunătoare psihic. A mai fost aplicată pentru tulburări sau deprinderi nedorite, ca: fumatul, consumul de alcool, mâncatul excesiv, comportamente psihotice bizare, enurezisul. Un exemplu este tratarea comportamentului de consum de alcool (sau de fetişism transvestic) prin asocierea sa cu greața provocată de administrarea unei substanțe. La ora actuală, utilizarea şocurilor electrice şi a altor stimuli aversivi a scăzut mult, atât datorită aspectelor etice implicate, cât şi datorită faptului că s-a constatat că noile comportamente dezirabile induse nu au tendința de a se generaliza şi la alte situații decât strict cele asupra cărora s-a acționat direct (de exemplu, un alcoolic poate fi decondiționat prin stimuli aversivi pentru consumul de

Universitatea SPIRU HARET

vin, dar decondiționarea nu se extinde şi la alte băuturi alcoolice). Psihoterapia aversivă este privită actual ca o modalitate de a stopa răspunsurile dezadaptative pentru o perioadă de timp în care ar exista posibilitatea de a produce modificări în stilul de viață al subiectului prin încurajarea comportamentelor adaptative care au tendința de a se autoîntări.

7. **Antrenamentul asertiv** a fost utilizat atât ca metodă de desensibilizare, cât şi de formare şi practicare a unor abilități de a face față diferitelor situații de viață. Este indicat în cazul persoanelor cu dificultăți în stabilirea de contacte interpersonale din cauza anxietății ridicate care îi împiedică să se exprime liber şi să îşi manifeste sentimentele. De asemenea, este utilă pentru persoanele care au dificultăți în a cere ceea ce doresc sau în a-i refuza pe ceilalți, permițându-le să îi manipuleze sau să profite de pe urma lor (persoane care nu pot refuza să facă un serviciu unui prieten, deşi ce li se cere este extrem de dificil; care au un şef care îi critică pe nedrept, care sunt deranjați de comportamentul vânzătoarei sau de reparația făcută de mecanic, dar nu spun nimic etc.). Multor oameni nu le place să facă față unor astfel de situații, dar există persoane cărora le este atât de teamă să fie asertive, încât nu ripostează, dar acumulează sentimente de inadecvare şi de nemulțumire (resentimente). Antrenamentul asertiv are menirea de a-l învăța pe client să îşi exprime direct şi adecvat gândurile şi emoțiile. Antrenamentul se desfăşoară în etape, comportamentul asertiv fiind practicat inițial în cabinetul de psihoterapie, prin joc de rol împreună cu psihoterapeutul şi, abia ulterior, în viața reală.

8. **Autoreglarea**. Deoarece într-un demers comportamental terapeutul şi clientul se întâlnesc rareori mai des de o dată pe săptămână, acesta din urmă trebuie să învețe să îşi controleze (regleze) comportamentul propriu, astfel încât să înregistreze progrese şi în afara şedințelor psihoterapeutice. Mai mult, dacă persoana simte că este responsabilă pentru schimbările şi progresele obținute, creşte probabilitatea menținerii acestora. Autoreglarea implică observarea, monitorizarea propriilor comportamente şi utilizarea de tehnici variate pentru modificarea celor inadecvate (autoîntărirea, autosancționarea, dezvoltarea de răspunsuri incompatibile ş.a.). Iată mai jos un exemplu de program de autoreglare pentru un pacient supraponderal, pentru a-l ajuta să îşi regleze aportul alimentar (din *Hilgards Introduction to Psychology,* p.566):

Universitatea SPIRU HARET

AUTOMONITORIZAREA

ÎNREGISTRĂRI ZILNICE

Realizezi o înregistrare detaliată a tot ceea ce mănânci. Notezi cantitatea consumată, tipul de hrană şi valoarea calorică, momentul zilei şi circumstanţele în care ai mâncat. Această înregistrare va stabili aportul caloric care îţi menţine greutatea actuală. Te va ajuta, de asemenea, să identifici stimulii care produc şi întăresc comportamentul de hrănire.

GRAFICUL GREUTĂŢII

Decide cât de mult vrei să scazi în greutate şi stabileşte-ţi un obiectiv pentru săptămâna aceasta. Obiectivul tău trebuie să fie realist (1 kg -1 1/2kg). Notează-ţi în fiecare zi greutatea pe foaia cu graficul. Pe lângă faptul că îţi permite să vezi cum variază greutatea ta în funcţie de aportul alimentar, această înregistrare vizuală îţi va stimula eforturile de a ţine regim, pe măsură ce constaţi progresele.

CONTROLUL CONDIŢIILOR STIMUL

Utilizează următoarele procedee pentru a reduce rata stimulilor asociaţi cu mâncarea:

1. Mănâncă numai la ore fixe, la o anumită masă, folosind un anumit scaun, faţă de masă, farfurii ş.a.m.d. *Nu* mânca la alte ore sau în alte locuri (de exemplu în pat sau stând în picioare, în bucătărie).
2. *Nu* combina mâncarea cu alte activităţi, ca cititul sau privitul la TV.
3. Păstrează în casă doar alimentele permise de dieta ta.
4. Cumpără mâncare numai după ce ai servit masa; dar numai acele produse pe care le-ai notat pe o listă pregătită anterior.

MODIFICAREA COMPORTAMENTULUI ACTUAL DE ALIMENTARE

Utilizează următoarele procedee pentru a întrerupe acele răspunsuri care te fac să mănânci automat:

1. Mănâncă foarte încet, fiind foarte atent la mâncare.
2. Termină de mestecat şi de înghiţit înainte să iei din nou mâncare în furculiţă.
3. Pune tacâmurile jos pentru scurte pauze periodice înainte de a continua să mănânci.

DEZVOLTAREA DE RĂSPUNSURI INCOMPATIBILE

Când eşti tentat să mănânci în alte momente decât cele stabilite, găseşte o activitate substitutivă care este incompatibilă cu mâncatul. De exemplu, cântă, mergi la plimbare, vorbeşte cu un prieten (preferabil cu unul care ştie că ţii regim), studiază-ţi înregistrările zilnice şi harta greutăţii, notează-ţi cât din greutate ai scăzut.

AUTOÎNTĂRIREA
Aranjează astfel, încât să te recompensezi cu o activitate care îți place (TV, citit, cumpărături, vizită la un prieten) când ai respectat programul de autoreglare a hranei o zi întreagă. Planifică-ți recompense mai mari (de exemplu, să cumperi ceva ce îți dorești) pentru o anumită greutate pierdută. Autopedepsirea (alta decât a nu-ți oferi o recompensă) este probabil mai puțin eficientă, deoarece dieta este oricum o activitate destul de deprimantă. Dar poți reduce frecvența impulsurilor de a mânca reamintindu-ți imediat cu voce tare consecințele neplăcute sau privind o poză neatractivă cu tine în costum de baie.

V.2. **Psihoterapiile cognitiv-comportamentale**

V.2.1. *Fundamentare teoretică*

Aşa cum reiese din studierea terapiilor behavioriste, acestea se focalizează pe modificarea directă a comportamentului, ignorând în schimb procesele raționale, de gândire. Comportamentaliştii utilizează o abordare strictă de tipul stimul-răspuns, considerând orice referire la sistemele de credințe şi de atitudini ale subiecților ca o reîntoarcere la introspecția neverificabilă ştiințific şi criticată de **Watson** la începutul secolului XX. Totuşi, observând cu timpul că factorii cognitivi (gândurile, aşteptările, interpretările date evenimentelor) sunt importanți în determinarea comportamentelor, mulți psihoterapeuți au început să-i ia în calcul în cadrul procesului terapeutic (**Bandura**, 1986). Psihoterapia cognitiv-comportamentală a preluat tehnicile behavioriste de modificare a comportamentelor şi le-a adăugat proceduri destinate schimbării convingerilor dezadaptative. O idee importantă, care s-a desprins din numeroase cercetări situate la baza terapiilor cognitiv-comportamentale, este aceea că modul în care persoana se comportă în confruntarea cu obstacolele externe ține nu numai de mărimea obiectivă a acestora, ci şi de imaginea, de reflectarea lor în plan intern, subiectiv. De exemplu, cineva care merge noaptea prin pădure poate întâlni la un moment dat un buştean cu o formă ciudată. Dacă îşi dă seama că este vorba de un ciot de copac, deci percepe corect realitatea, va trece mai departe liniştit şi atent pe unde calcă. Dacă însă îşi imaginează că este umbra unui animal sălbatic care stă la pândă, gata să-l atace, va încerca un sentiment de teamă puternică şi, probabil, o va rupe la fugă, riscând să se împiedice sau să se rătăcească. Neliniştea şi nesiguranța resimțite, ca şi reacția de panică, nu sunt justificate de realitatea obiectivă, ci de modul subiectiv în care persoana a interpretat stimulii recepționați. Tot astfel, modul în

Universitatea SPIRU HARET

care clientul percepe distorsionat diverse situaţii, considerându-le, de pildă, ameninţătoare sau imposibil de rezolvat, generează sentimente de anxietate, neajutorare, neputinţă şi comportamente demisionare. Experienţa acumulată în activităţile terapeutice cu pacienţi arată că, într-adevăr, oamenii sunt perturbaţi de agresiunea şi de schimbările mediului extern. În general însă, ei sunt mult mai puternic afectaţi de ideile pe care le dezvoltă în legătură cu aceste evenimente. Strategia terapeuţilor cognitivişti, bazată pe această constatare, constă în a-l învăţa pe client să-şi interpreteze evenimentele de viaţă într-o manieră pozitivă, mai adaptativă, ceea ce conduce la rezolvarea problemelor emoţionale. Acest tip de abordare terapeutică se dovedeşte eficientă mai ales în cazul persoanelor cu reacţii emoţionale perturbate, precum anxietatea şi depresia. Nume reprezentative pentru curentul cognitiv-comportamental sunt: **Aron Beck** şi **Albert Elis**.

În cadrul concepţiei sale despre tratarea depresiei, **Beck** afirma că indivizii deprimaţi tind să evalueze evenimentele dintr-o perspectivă negativă şi autocritică. Ei se aşteaptă mai degrabă să eşueze, decât să aibă succes şi tind să maximalizeze greşelile şi să minimalizeze succesele atunci când se autoevaluează. În tratarea depresiei, terapeuţii cognitiv-comportamentalişti îşi propun să-l ajute pe client să-şi recunoască distorsiunile de gândire şi să facă schimbări conforme cu realitatea. Se urmăreşte realizarea *restructurării cognitive*, astfel încât pacientul să înveţe să îşi controleze stările afective prin identificarea şi modificarea modelelor negative de gândire. **Burns** a alcătuit în 1980 (după **Beck**) o listă a principalelor *tipuri de distorsionări cognitive (patternuri de gândire negativă iraţionale)*, care cuprinde următorii itemi:

1. **gândirea de tipul „totul sau nimic”.** A evalua lucrurile în alb şi negru, în termeni de performanţe sau eşecuri: dacă o performanţă nu este perfectă, este considerată eşec total. (Exemplu: „Dacă ei nu îi place totul la mine, înseamnă că mă detestă”, „Dacă nu iau toate examenele cu note maxime, înseamnă că sunt un incapabil”, „Dacă publicul nu aplaudă până i se rup palmele, înseamnă că am jucat lamentabil”, „Dacă prietenul meu nu este de acord în toate privinţele cu mine, înseamnă că nu ne potrivim, nu avem nimic în comun”, „Este esenţial să fii iubit şi admirat de toată lumea, tot timpul”);

2. **supragеneralizarea.** A considera că un eveniment negativ singular se va produce la nesfârşit. (Exemplu: „Dacă m-a minţit o dată, înseamnă că o să mă mintă mereu”, „Plictisesc pe toată lumea”, „Dacă

un bărbat m-a părăsit, înseamnă că toate relațiile mele sunt sortite eșecului", „ Femeile sunt perfide", „Bărbații sunt nişte porci", „Oamenii nu au nici un control asupra durerii şi necazurilor");

3. **concentrarea asupra negativului (catastrofizarea).** A te centra asupra unui eveniment negativ oarecare, a te gândi numai la acesta şi a-l lăsa să întunece toate celelalte evenimente pozitive. (Exemplu: „Mia murit soțul. Am rămas singură şi nu mai contează nimic altceva: copii, profesie, prieteni", „Am picat un examen pe care-l consideram important. Mă gândesc numai la asta şi nu mă mai concentrez asupra examenului următor", „Am un conflict supărător la serviciu, aşa că nu mai plec în week-end, nu-mi mai serbez onomastica, nu mă mai întâlnesc cu prietenii, fiindcă trebuie să mă gândesc cum să rezolv problema şi mă aştept la ce e mai rău");

4. **descalificarea pozitivului.** A respinge experiențele pozitive, a spune despre ele că nu contează, menținând stilul negativ de gândire, în ciuda evidențelor. (Exemplu: „Nu contează că şeful şi colegii mă apreciază şi mă laudă public, eu nu cred că merit să fiu apreciat", „Deşi am o familie care mă susține, un loc de muncă satisfăcător, câțiva prieteni de încredere, mă consider ghinionist şi ratat fiindcă nu am reuşit tot ce mi-am propus");

5. **desprinderea de concluzii pripite.** A te repezi să faci interpretări negative chiar dacă nu sunt dovezi suficiente pentru a trage astfel de concluzii. Se prezintă sub două forme:

• Citirea gândurilor: a trage concluzia că cineva gândeşte negativ despre tine, fără a verifica dacă acest lucru este adevărat. (Exemplu: „Dacă nu m-a salutat ieri, când am trecut unul pe lângă altul, înseamnă că este supărat pe mine", „Nu mă priveşte în ochi când îi vorbesc; înseamnă că nu-l interesează ce-i spun", „Mă priveşte atent în timp ce vorbesc; verifică să vadă dacă am roşit");

• Eroarea prezicătorului: a anticipa că lucrurile se vor termina prost şi a considera propria predicție ca pe un fapt incontestabil. (Exemplu: „Ştiu că n-o să iau examenul acesta, aşa că nici nu mă mai prezint la el", „Nu cred că pot avea o relație normală cu o femeie, aşa că nici nu mai încerc să-mi caut o parteneră potrivită", „N-o să reuşesc niciodată să învăț o limbă străină, aşa că nici nu mă mai apuc de asta");

Universitatea SPIRU HARET

6. **maximalizarea şi minimalizarea.** A exagera anumite lucruri (de regulă, succesele celorlalți) sau a le subestima (de regulă, propriile calități). (Exemplu: „Deşi avem aceleaşi atribuții, eu consider că colegul meu este foarte deştept şi competent, în timp ce eu abia reuşesc să-mi rezolv sarcinile, care sunt şi aşa foarte simple", „Chiar dacă am obținut acelaşi calificativ, el este mai bun decât mine", „Întotdeauna sora mea a fost mai iubită şi a avut mai mult succes decât mine");

7. **judecata afectivă.** A considera că propriile emoții negative reflectă modul în care stau lucrurile cu adevărat. (Exemplu: „Dacă eu simt că mă antipatizează, aşa trebuie să fie", „Dacă eu sunt stânjenit, înseamnă că ceilalți mă iau peste picior, vor să mă facă să mă simt prost", „Dacă eu sunt speriată, înseamnă că se întâmplă un lucru îngrozitor");

8. **cerințele absolutiste.** A-ți elabora câteva imperative categorice după care te conduci. (Exemplu: „Nu trebuie să te laşi condus de sentimente", „Trebuie să fii permanent calm şi politicos", „Este obligatoriu să faci față oricărei situații", „Trebuie să-ți iubeşti familia", „Trebuie să fii întotdeauna atent cu cei din jur", „Trebuie ca prietenii să se ajute în orice situație", „Ca să răzbați, trebuie să te pricepi la orice"). Dacă aceste cerințe absolutiste sunt adresate propriei persoane, ele generează sentimente de culpabilitate. Dacă sunt adresate celorlalți, rezultă frustrare, furie, resentimente;

9. **etichetarea.** A cataloga persoana (de regulă, negativ) în loc de a te referi la o greşeală sau la un comportament anume. Eticheta poate fi pusă propriei persoane (Exemplu: „Am fost concediat - sunt un ratat", „Am picat examenul – sunt un incapabil", „Am pierdut o sumă de bani – sunt un păpălău") sau altora (Exemplu: „L-am văzut cu o altă femeie – este un ticălos", „Nu mi-a spus adevărul despre profesia lui – este un mincinos");

10. **raportarea la propria persoană.** A te considera cauza unor evenimente negative externe, cu care nu ai nici o legătură. (Exemplu: „Dacă nu m-aş fi certat cu prietenul meu, el nu ar fi plecat furios şi nu ar fi făcut un accident de maşină", „Din cauza mea au divorțat părinții mei", „Chelnerul este prost dispus pentru că i-am cerut să aducă nota de plată mai repede").

Universitatea SPIRU HARET

Componenta comportamentală a tratamentului intervine atunci când terapeutul îl încurajează pe client să formuleze modalităţi alternative de a vedea situaţia şi apoi testează implicaţiile acestora. De exemplu, o persoană depresivă, poate primi sarcina de a-şi monitoriza şi înregistra starea la intervale regulate, notând cum fluctuează aceasta în funcţie de activităţile desfăşurate şi verificându-şi astfel veridicitatea gândurilor negative.

V.2.2. *Tehnici specifice terapiei cognitiv-comportamentale*

Psihoterapia cognitiv-comportamentală se încadrează în categoria terapiilor de scurtă durată: între 5 şi 20 de şedinţe. Şedinţele psihoterapeutice au obiective precise, sunt clar structurate şi presupun un plan de intervenţie stabilit de comun acord de către psihoterapeut şi pacient. Intervenţia cognitiv-comportamenatală se realizează în două etape distincte (Irina Holdevici, 1996): *identificarea patternurilor de gândire negativă iraţionale* şi *modificarea acestora şi a comportamentelor aferente,* fiecare presupunând tehnici terapeutice specifice.

1. **Identificarea patternurilor de gândire negativă iraţionale** este primul pas al demersului cognitiv-comportamental. Psihoterapeutul îi explică clientului conceptul de gânduri negative automate ca fiind gânduri negative, iraţionale care se declanşează spontan în anumite contexte şi care se referă la propria persoană, la lume, la viitor. Aceste gânduri se constituie şi se asociază cu diverse situaţii, încă din copilărie. Ele ţin de mai mulţi factori: de modul în care a fost tratat subiectul de către ceilalţi, mai ales de către persoanele semnificative din familie (cu dragoste şi atenţie şi atunci gândeşte despre sine că este o persoană valoroasă, importantă sau cu răceală şi critic şi atunci se consideră o fiinţă nesemnificativă, incapabilă); de modul în care se simt şi vorbesc despre ei înşişi cei ce servesc subiectului drept model de identificare (au o părere bună despre sine, se simt bine în pielea lor sau sunt neliniştite, se subapreciază); de ceea ce i s-a spus subiectului în legătură cu el însuşi (că este un om bun, demn de a fi iubit şi apreciat sau că este o povară, rău, insuportabil); de experienţele de viaţă mai importante prin care a trecut (încurajatoare, gratificante sau descurajatoare, dificile). Pentru ca pacientul să înţeleagă mai bine modul de declanşare a acestor patternuri de gândire, terapeutul poate prezenta uneori un exemplu din viaţa sa personală. Printr-o astfel de exemplificare clientul înţelege concret despre ce este vorba şi află totodată că orice om poate fi victima gândurilor negative. Se poate utiliza, de asemenea, ca suport tehnic lista prncipalelor tipuri de distorsionări cognitive. Identificarea patternurilor de gândire negativă iraţionale se poate realiza prin:

Universitatea SPIRU HARET

– discutarea unei experienţe emoţionale recente (se cere clientului să îşi reamintească în detaliu o situaţie sau o întâmplare în care a apărut simptomul incriminat şi prin întrebări de genul: „Ce ţi-a trecut prin minte atunci?", „Ce te gândeai că s-ar putea întâmpla?" se identifică gândurile şi interpretările negative automate);

– utilizarea imaginaţiei dirijate pentru a-i permite clientului să trăiască sau să retrăiască imaginativ o situaţie în care apare simptomul şi să evoce gândurile negative declanşate spontan;

– utilizarea jocului dramatic la clienţii cărora le este greu să evoce gândurile negative doar pe baza povestirii (pentru a le permite să reactualizeze cât mai veridic întreaga situaţie şi patternurile de gândire declanşate);

– observarea şi utilizarea modificărilor de dispoziţie ale clientului din timpul şedinţei terapeutice prin întrebări de genul: „Ce ţi-a trecut acum prin minte?";

– determinarea semnificaţiei unor evenimente în legătură cu care clientul nu a reuşit să declanşeze şi să concretizeze patternurile de gândire negativă prin intervenţii de genul: „Nu ţi-e foarte clar ce ai gândit în acea situaţie. Încercând să priveşti înapoi, ce a însemnat situaţia respectivă pentru tine?".

2. **Modificarea patternurilor de gândire negativă iraţionale şi a comportamentelor aferente** utilizând:

– raţionalizarea - clientului i se explică faptul că stările afective disfuncţionale sunt produse mai mult de gândurile sale negative şi mai puţin de împrejurările exterioare (relaţia gândire, sentiment, comportament). Terapeutul poate exemplifica cu situaţii de viaţă concrete sau chiar cu întâmplări din experienţa personală. Exemplul oferit de **Beck** (1979) era că dacă o persoană aude un zgomot noaptea şi se gândeşte că este un hoţ, atunci apare o stare de teamă şi se va ascunde sau va suna la poliţie. Dacă însă se gândeşte că este vântul care a trântit geamul deschis, teama nu va apare şi se va duce să închidă geamul;

– furnizarea de informaţii asupra anxietăţii şi mecanismelor de apariţie şi de întreţinere a acesteia – clientului i se descriu în detaliu simptomele anxietăţii şi evoluţia lor posibilă şi i se precizează că acestea nu sunt periculoase (nu conduc la deces sau pierderea controlului) şi nici nu sunt semne ale unei boli psihice grave;

– verificarea veridicităţii gândurilor negative automate în timpul şi în afara şedinţelor terapeutice, folosind întrebări de genul: „Nu cumva există şi o altă modalitate de a privi această situaţie, o altă explicaţie

Universitatea SPIRU HARET

alternativă?", „Cum ar gândi o altă persoană în această situație?", „Nu cumva obiectivele pe care ți le-ai propus sunt nerealiste?", „Cum crezi că va fi dacă lucrul de care te temi se va întâmpla în realitate? Ce ar putea fi cel mai rău?", „Cum crezi că vor sta lucrurile peste un anumit timp?";

– distragerea – clientul este învățat să-şi controleze simptomul concentrându-se asupra altor activități şi nu asupra stării proprii (asupra conversației, asupra observării şi descrierii detaliate a mobilierului din cabinet sau din camera în care se află etc.);

– programarea activităților după reguli precise, evitând supraîncărcarea şi tendința de a face mai multe lucruri simultan, ceea ce sporeşte tensiunea şi oboseala (realizarea de liste de activități, stabilirea priorităților, programarea de pauze pentru relaxare etc.);

– experimentarea în sfera comportamentelor (prin folosirea de tehnici comportamentale).

Pentru restructurarea patternurilor de gândire, **Elis**, părintele *psihoterapiei raţional-emotive (RET)* propune modelul ABCDE. **Elis** consideră că „*oamenii se perturbă ei înşişi într-o măsură mai mare decât sunt perturbați de forțe nefavorabile din mediul lor timpuriu sau din mediul social de mai târziu şi de aceea ei au unica şi remarcabila putere de a înțelege ceea ce au de făcut pentru a fi mai puțin nevrotici, pentru a-şi schimba gândurile iraționale, simțămintele inadecvate şi comportamentul disfuncțional, pentru a deveni sănătoşi sub aspect mintal şi a putea să se dezvolte conform propriilor obiective.*" (**Albert Elis**, 1987). Din primele şedințe i se explică pacientului principiile modelului ABCDE în care:

A (*activator*) reprezintă evenimentul extern activator, situația (o întâlnire cu cineva, efectuarea unei sarcini, inclusiv un vis sau o reverie diurnă) care produce starea emoțională negativă.

B (*beliefs*) se referă la sistemul de credințe ale subiectului (gânduri, atitudini) care se interpun între evenimentul activator şi consecințele acestuia pentru subiect. Pot fi:

• **iBs** (*irrational beliefs*) – credințe iraționale (gânduri negative automate) care produc stări afective negative intense;

• **rBs** (*rational beliefs*) – credințe raționale (gânduri alternative adaptative) care le înlocuiesc pe cele iraționale ca rezultat al restructurării cognitive. Au un caracter mai puțin extremist şi conduc la reducerea stărilor afective negative.

C (*consequences*) reprezintă consecințele, stările afective considerate ca fiind produse de evenimentul activator A, dar care sunt, de fapt, consecința sistemului de credințe B.

Universitatea SPIRU HARET

D (*dispute*) este contraargumentarea, adică procesul prin care credinţele iraţionale (**iRb**) sunt înlocuite, pe baza unor exerciţii de logică, cu credinţe mai raţionale, mai realiste (**rBs**). Clientul este învăţat să îşi adreseze întrebări în legătură cu autenticitatea şi adevărul credinţelor iraţonale: „Sunt sigur că evenimentul X se va produce?", „Pe ce mă bazez când afirm că…?", „Care este cel mai rău lucru care se poate întâmpla?" etc. Metoda contraargumentării se aplică fiecărei credinţe iraţionale în parte.

E (effects) reprezintă efectele restructurării cognitive care se reflectă în diverse planuri:

– **aE** (afectiv) prin modificarea dispoziţiei, reducerea furiei, a anxietăţii;

– **bE** (comportamental) prin declanşarea de comportamente orientate spre scop, spre rezolvarea de probleme;

– **cE** (cognitiv) prin formarea unui set de atitudini pozitive care se pot generaliza şi la alte situaţii.

V.3. **Psihoterapiile sugestive. Hipnoterapia**

V.3.1. *Sugestie şi sugestibilitate*

La graniţa dintre terapiile comportamentale şi psihologia experimentală, în categoria intervenţiilor care încearcă să asigure un control direct asupra simptomelor, se încadrează şi terapiile sugestive (alături de biofeed-back, chimioterapie ş.a.) Într-un astfel de demers, se utilizează tehnici de *relaxare şi hipnotice* pe fondul cărora psihoterapeutul administrează sugestii destinate producerii unor modificări: comportamentale (reducere sau dispariţie de simptome, scădere a anxietăţii anticipatorii, eliminare a comportamentelor de evitare etc.), cognitive (recuperarea unor amintiri, refacerea unor patternuri de gândire negative etc.) şi la nivel subiectiv (întărirea imaginii de sine, stimularea Eului, a încrederii în forţele proprii etc.) Sugestia şi autosugestia constituie mecanismele de bază ale relaxării, hipnozei şi, în general ale psihoterapiilor sugestive.

Vladimir Gheorghiu, cercetător german de origine română care şi-a dedicat întreaga carieră studiului fenomenelor de sugestie şi sugestibilitate, definea *sugestia* ca fiind o incitaţie capabilă să declanşeze în subiect reacţii spontane, nemediate de instanţele reflexive, critice ale gândirii. În literatura de specialitate se utilizează mai ales trei termeni consacraţi: *situaţia-sugestie (stimulul sugestiv), comportamentul sugerat (răspunsul sugerat), sugestibilitate (disponibilitate a subiectului de a răspunde la sugestie).*

Universitatea SPIRU HARET

Situaţia-sugestie reprezintă o situaţie provocativă care solicită realizarea de către persoana ţintă a unui anumit comportament sugerat, fără a putea apela la instanţele critice ale raţiunii. Situaţia-sugestie poate declanşa fie reacţii adaptative (cum ar fi optimizarea unor procese şi funcţii psihice şi fiziologice, actualizarea unor disponibilităţi latente) şi atunci vorbim despre sugestii pozitive; fie reacţii dezadaptative (disfuncţii, distorsionări perceptive sau cognitive, confuzii, îmbolnăviri, chiar decesul ca în cazul practicilor *woodoo*) şi atunci avem de-a face cu sugestii negative; fie reacţii neutre sub aspectul adaptării la realitate în cazul sugestiilor neutre. În psihoterapie se utilizează sugestiile pozitive pentru a forma şi dezvolta la subiect comportamente adecvate realităţii. Caracteristicile principale ale situaţiei-sugestie sunt:

• Existenţa alternativei de a nu răspunde la sugestie, deşi doar rareori subiectul supus influenţei sugestive realizează conştient că are această alternativă. În absenţa alternativei de non-răspuns, dacă subiectul este constrâns să reacţioneze doar într-un anumit mod, nu putem vorbi de situaţie-sugestie, ci de situaţie coercitivă;

• Anihilarea funcţiilor discriminativ-reflexive şi de control ale psihicului uman;

• Absenţa autocontrolului conştient.

Există diferite clasificări ale sugestiilor, ţinând cont de o varietate de criterii. Astfel, în funcţie de sursa care generează influenţa sugestivă distingem: heterosugestiile (sugestii administrate de o altă persoană) şi autosugestiile (sugestii pe care şi le administrează subiectul însuşi). Din punctul de vedere al intenţiei de a influenţa există: sugestii directe (în cazul cărora este evidentă intenţia experimentatorului de a influenţa comportamentul subiectului) şi sugestii indirecte (la care intenţia de influenţare rămâne ascunsă subiectului). Sub aspectul tonului utilizat de către cel care sugestionează se diferenţiază: sugestii dure (pentru care se utilizează un ton autoritar) şi sugestii blânde (administrate pe un ton cald, protector, insinuant). În funcţie de gradul de elaborare sugestiile se clasifică în: sugestii spontane (o personalitate charismatică, cu statut înalt, poate sugestiona fără să îşi propună în mod special acest lucru) şi sugestii elaborate (în cadrul cărora există strădania de a influenţa, ca în cazul reclamelor, afişelor electorale, terapiei).

Practicienii în domeniu au constatat că, pentru a fi eficiente în psihoterapie sau în optimizarea comportamentului, sugestiile trebuie să îndeplinească anumite condiţii:

– să fie acceptate de subiect;

– să provină de la o persoană atrăgătoare şi percepută de subiect ca expert în domeniu;

Universitatea SPIRU HARET

– să concorde cu sistemul de valori al persoanei;
– să servească scopului propus (ceea ce presupune buna cunoaştere a problematicii clientului);
– să nu fie prea lungi;
– să fie exprimate în termeni pozitivi (deci ca afirmații, evitând negațiile);
– să fie plastice (se recomandă utilizarea combinată a sugestiei verbale cu imagini adecvate);
– să fie ritmice, repetitive;
– să urmărească, pe cât posibil, ciclurile respiratorii ale subiectului;
– să fie realiste;
– să fie simple;
– să fie convingătoare.

Comportamentul (răspunsul) sugerat reprezintă reacția subiectului în sensul celor sugerate. Acest răspuns nu este întotdeauna vizibil şi nu poate fi controlat precis deoarece marea majoritate a influențelor sugestive rămân ascunse. Aproape toate funcțiile şi procesele psihice şi fiziologice pot fi influențate prin intermediul sugestiilor: atenție, memorie, credințe, atitudini, trăiri afective, puls, respirație, senzații etc. Influențarea se poate realiza în sens pozitiv, ameliorativ, de normalizare sau în sens negativ, de exacerbare, diminuare. Sugestiile pozitive, de realizare a „homeostaziei" fizice şi psihice stau la baza terapiilor sugestive de vindecare, ameliorare a unor simptome şi de creştere a eficienței individuale.

Sugestibilitatea reprezintă capacitatea (disponibilitatea) subiectului de a răspunde la sugestii. Termenul se referă la acea manifestare particulară a influențabilității care asigură transformarea situației-sugestie într-un comportament sugerat. Nivelul de sugestibilitate diferă de la o persoană la alta; există persoane înalt sugestibile, care răspund rapid, prompt la sugestii şi pot intra uşor în stare de relaxare, dar şi persoane cu grad scăzut de sugestibilitate care răspund greu sau deloc la sugestii şi la care inducerea stării de relaxare este dificilă sau imposibilă. În practică se utilizează o serie de teste care permit stabilirea nivelului de sugestibilitate al subiectului şi măsura în care este de aşteptat ca acesta să răspundă la aplicarea metodelor de reglare şi autoreglare a stărilor psihice prin intermediul tehnicilor de relaxare bazate pe sugestie. (Apud. Irina Holdevici, *Sugestiologie şi psihoterapie sugestivă*, 1995.)

Universitatea SPIRU HARET

V.3.2. *Meditația, relaxarea şi hipnoza*

Atât meditația, cât şi relaxarea şi hipnoza constituie modalități prin care persoana poate ajunge la o stare modificată de conştienţă, utilizând anumite ritualuri şi exerciții. Este vorba despre exerciții care pot presupune: reglarea şi controlul respirației, restrângerea severă a câmpului atenției, eliminarea stimulilor externi, adoptarea unor poziții standard, formarea de imagini mentale. Ceea ce se obține este o stare de bine, în care individul se simte relaxat fizic şi mintal.

Formele tradiționale de meditație derivă din practicile yoga, un sistem de gândire bazat pe religia Hindu sau Zen derivate, la rândul lor, din buddhismul chinez şi japonez. Se pot descrie două tipuri specifice de meditație:

1. *Meditația prin deschidere* - în care subiectul îşi eliberează mintea de orice gând, impresie pentru a primi noi experiențe. O astfel de abordare presupune decizia subiectului ca pe parcursul meditației să nu facă nimic, să nu se gândească la nimic, să nu depună nici un fel de efort, să se relaxeze complet şi să se lase purtat dincolo de minte şi de corpul fizic, dincolo de şuvoiul gândurilor, sentimentelor şi ideilor cotidiene.

2. *Meditația prin concentrare* - în care subiectul îşi orientează întreaga atenție asupra unui obiect, a unui cuvânt sau a unei idei. Concentrarea nu presupune analizarea diferitelor părți sau înțelesuri ale stimulului utilizat, ci mai degrabă încercarea de a concepe acel lucru ca existând în sine, fără conexiuni cu alte lucruri. Pe parcursul concentrării meditative subiectul ignoră orice alte gânduri, sentimente, sunete sau senzații corporale.

Lumea occidentală a preluat unele dintre principiile şi tehnicile orientale de meditație, adaptându-le la specificul culturii şi al stilului său de viață şi utilizându-le mai ales sub forma tehnicilor de inducere a relaxării şi de reducere a tensiunilor fiziologice cauzate de stres. Un astfel de model de inducere a stării de relaxare este cel dezvoltat de **Benson** şi colaboratorii săi (1977), care presupune parcurgerea următorilor paşi:

1. Aşează-te liniştit, într-o poziție confortabilă şi închide ochii.

2. Relaxează profund toți muşchii, începând de la picioare şi urcând progresiv, până la nivelul capului şi al feței. Păstrează starea de relaxare profundă în toți muşchii.

3. Respiră pe nas. Devii conştient de respirația ta. În timp ce expiri spune încet, pentru tine, cuvântul „unu". De exemplu, inspiri…

Universitatea SPIRU HARET

expiri „unu", inspiri…expiri „unu" şi aşa mai departe. Continuă 20 de minute. Poţi deschide ochii pentru a verifica timpul, dar nu folosi soneria ceasului. Când ai terminat, stai liniştit câteva minute întâi cu ochii închişi, apoi cu ei deschişi.

4. Nu te preocupa de cât de bine ai reuşit să ajungi la un nivel profund de relaxare. Păstrează o atitudine pasivă şi permite relaxării să apară în ritmul ei. Pot apărea diverse gânduri. Când apar astfel de gânduri care tind să te distragă, ignoră-le spunându-ţi „ei şi" şi continuă să repeţi „unu" pe fiecare expiraţie. Pe măsură ce exersezi, rezultatele vor apărea cu tot mai puţin efort.

5. Exersează tehnica o dată sau de două ori pe zi, dar nu la interval de două ore după masă deoarece procesele digestive par să interfere cu schimbările subiective.

Utilizată în domeniul psihoterapiei, relaxarea semnifică o tehnică psihoterapeutică şi autoformativă, fundamentată ştiinţific, care urmăreşte realizarea unei decontracţii musculare şi nervoase. Efectele obţinute drept urmare a aplicării tehnicilor de relaxare sunt: obţinerea unui repaus eficient, economisirea energiei fizice şi psihice, creşterea rezistenţei la stres şi diminuarea efectelor nedorite ale stresului. Prin caracteristicile şi efectele sale, relaxarea poate fi considerată o metodă de autoreglare, de autoorganizare a Eului şi a stărilor psihice. Drept urmare, ea se utilizează cu succes în tratamentul unor afecţiuni de tip nevrotic sau psihosomatic, precum şi în pregătirea psihologică a sportivilor, actorilor, cosmonauţilor etc. şi ca modalitate de optimizare personală la individul sănătos.

Caracteristicile generale ale stării de relaxare, menţionate în literatura de specialitate, sunt:

– o limitare a motricităţii în timpul relaxării, cu lipsa nevoii şi a iniţiativei de a acţiona;

– trăirea senzaţiilor de greutate şi de căldură la nivelul membrelor superioare şi inferioare;

– modificarea dinamicii atenţiei, în sensul orientării selective a acesteia asupra formulelor din instructajul de relaxare şi asupra propriului corp, concomitent cu scăderea interesului pentru alţi stimuli externi;

– o stare de pasivitate în raport cu ambianţa, care se accentuează atunci când relaxarea este comandată din exterior şi scade pe măsură ce subiectul învaţă singur să îşi autosugereze starea de relaxare;

– o stare afectivă pozitivă, de calm, linişte, destindere;

Universitatea SPIRU HARET

– o activare a disponibilităţilor latente dovedită de efectele favorabile asupra stării fizice şi psihice a persoanei care practică relaxarea;

– o modificare a ritmului alfa, până la apariţia şi generalizarea ritmului teta, ceea ce i-a determinat pe specialişti să asemene starea de relaxare mai degrabă cu stările de concentrare, decât cu cele de somn şi de presomn; din acest punct de vedere, relaxarea, ca şi hipnoza, sunt definite ca stări modificate de conştienţă – de fapt, majoritatea autorilor consideră că hipnoza nu reprezintă altceva decât o relaxare de mare profunzime.

Prin termenul de *hipnoză* definim o stare modificată de conştienţă, apropiată de relaxare sau de stările meditative specifice culturilor orientale, asemănătoare cu somnul, dar diferită de acesta din punct de vedere electrofiziologic. Este o stare indusă de regulă în mod artificial, caracterizată prin sugestibilitate ridicată, care permite să i se inducă subiectului mai uşor decât în stare normală o serie de modificări senzoriale (anestezii sau hiperestezii), perceptive (scăderea acuităţii perceptive, iluzii şi halucinaţii vizuale, auditive), mnezice (amnezii posthipnotice, recuperare de amintiri) şi motorii (relaxare fizică, catalepsie). Fenomene asemănătoare cu cele de tip hipnotic se întâlnesc destul de frecvent în viaţa cotidiană, când se produce o îngustare extremă a câmpului conştienţei într-o anumită direcţie, astfel încât subiectul nu mai percepe sau percepe estompat stimulii din ambianţă (de exemplu, în timpul lecturii unei cărţi interesante, vizionării unui film, reveriei, extazului religios etc.). Astfel de fenomene au fost descrise încă din antichitate şi se întâlnesc frecvent încă în practicile magice specifice culturilor primitive.

În starea de hipnoză se produc o serie de modificări caracteristice:

– dispariţia iniţiativei – subiectul aflat în transă profundă nu iniţiază activităţi, ci mai degrabă aşteaptă ca hipnotizatorul să-i sugereze ceva de făcut;

– creşterea selectivităţii atenţiei – subiectul căruia i s-a indicat să asculte doar vocea hipnotizatorului va ignora orice altă voce din încăpere;

– îmbogăţirea semnificativă a capacităţii de fantazare – subiectul se poate găsi în situaţia de a trăi experienţe în locuri aflate la distanţă în timp şi spaţiu;

– reducerea capacităţii de testare a realităţii şi acceptarea distorsionării realităţii – subiectul poate accepta necritic experienţe halucinatorii (de exemplu, conversaţia cu o persoană imaginară acceptată că se află alături, fără a încerca să verifice dacă persoana este reală);

Universitatea SPIRU HARET

– creşterea sugestibilităţii – este important ca subiectul să accepte sugestii chiar pentru a putea fi hipnotizat; cu timpul se poate constata chiar o uşoară creştere a sugestibilităţii;

– amnezia posthipnotică – subiectul cu nivel înalt de responsivitate la hipnoză va uita tot sau aproape tot ce s-a întâmplat în timpul transei, dacă primeşte un instructaj în acest sens; amintirile pot reveni la administrarea unui semnal prestabilit.

Instalarea stării de relaxare, ca şi a celei hipnotice, presupune tehnici speciale de inducere, care necesită îndeplinirea anumitor condiţii pentru a se dovedi eficiente. Atât relaxarea, cât şi hipnoza, implică o anumită standardizare a conduitei subiectului, cu efecte sugestive şi autosugestive. Astfel, este importantă aşezarea subiectului într-o poziţie comodă (culcat, şezând sau semişezând), într-un spaţiu confortabil, liniştit, pe cât posibil izolat fonic, cu o temperatură agreabilă şi cu o lumină nu foarte puternică, care să îi permită să se concentreze asupra propriului corp sau asupra unui obiect exterior şi asupra instructajului terapeutului, fără a fi distras de stimuli din afară. Obţinerea efectelor terapeutice prin relaxare sau hipnoză presupune exerciţiu, practicare sistematică şi regulată. Nu este suficientă o singură şedinţă sau încercări temporare, ci terapia presupune un program bine stabilit care implică şi practicarea de către pacientul însuşi, acasă, pe măsură ce progresează, a tehnicilor învăţate (autorelaxare, autohipnoză). Inducerea relaxării şi a hipnozei necesită persuasiune (externă, atunci când se face sub îndrumarea terapeutului şi internă atunci când subiectul ajunge să practice singur tehnica după ce a depăşit fazele de învăţare). Pentru ca tehnicile să fie eficiente, subiectul trebuie să fie convins de utilitatea exerciţiilor de relaxare sau de practicare a hipnozei; altfel efectele sunt mult diminuate. De asemenea, este absolut necesară o anumită verbalizare a efectelor care sunt de aşteptat, verbalizare care are rol sugestiv şi autosugestiv. Înaintea începerii inducţiei propriu-zise i se explică subiectului în ce constă relaxarea sau hipnoza, care sunt efectele preconizate, la ce senzaţii se poate aştepta, dar şi faptul că pot apărea şi alte senzaţii, atipice, dar nepericuloase, i se oferă lămuriri şi răspunsuri la întrebări. Inducţia propriu-zisă presupune sugestii prin excelenţă verbale, care vizează iniţial instalarea stării de relaxare sau a transei hipnotice, iar ulterior se adresează direct simptomelor. După finalizarea relaxării sau a hipnozei se recomandă, din nou, discuţia cu subiectul asupra experienţei avute, a senzaţiilor trăite, precum şi a stării de după relaxare. Nu trebuie omis faptul că, pentru ca subiectul să poată beneficia de avantajele stării de relaxare sau de hipnoză, el trebuie să dispună de un anumit nivel de sugestibilitate, respectiv de o anumită capacitate de transpunere, de a juca un rol, de a se identifica cu situaţia sugerată.

Universitatea SPIRU HARET

V.3.3. *Hipnoterapia*

Hipnoza şi terapiile sugestive au fost printre primele forme de intervenție psihoterapeutică practicate din cele mai vechi timpuri. Personalități ale lumii medicale din diferite epoci ca: **Mesmer, Charcot, Bernheim, Breuer, Freud** ş.a. au utilizat hipnoza în tratarea pacienților cu afecțiuni psihice şi somatice. În timpul celui de-al doilea război mondial hipnoza a fost folosită în tratamentul nevrozelor de război, precum şi în realizarea de intervenții chirurgicale fără anestezie. Apoi, treptat, aplicațiile sale s-au extins şi în alte domenii. Astfel că astăzi hipnoza poate fi folosită în domeniul chirurgical (realizarea anesteziei la subiecții cu grad ridicat de sugestibilitate, reducerea anxietății pre- şi post-operatorii, realizarea unei evoluții post-operatorii mai bune şi mai rapide), stomatologic şi obstetric (naştere fără dureri). În genere, hipnoza se dovedeşte utilă în combaterea durerii în diverse afecțiuni, de la migrene la boli cronice. În neurologie facilitează recuperarea unor deficiențe motorii produse de accidente vasculare sau traumatisme. Se poate utiliza şi în cazul alcoolismului şi al toxicomaniei în faze incipiente. Hipnoza îşi poate dovedi eficiența şi în domeniul afecțiunilor dermatologice (prurit, psoriazis, reacții alergice) şi al tulburărilor endocrinologice, situații în care componenta psihogenă joacă un rol important. Ea este utilizată cu succes în tratamentul afecțiunilor psihosomatice (hipertensiune arterială, tahicardie, colici, vărsături, astm bronşic, obezitate, tulburări sexuale etc.) şi al afecțiunilor nevrotice (fobii, anxietate, atacuri de panică, stări reactive, tulburări de atenție şi memorie etc.). De asemenea, utilizarea hipnozei la persoanele normale reprezintă o modalitate de optimizare a performanțelor, de stimulare a disponibilităților latente, de obținere a unei mai bune autoreglări.

Psihoterapia realizată cu ajutorul hipnozei poartă numele de hipnoterapie. Ea poate îmbrăca trei forme principale:

a) *hipnoterapie centrată pe simptom* în care se lucrează cu sugestii administrate pe fondul transei hipnotice şi care au ca obiectiv reducerea până la eliminarea simptomului;

b) *hipnoanaliză* care presupune o combinare a tehnicilor hipnotice (de inducere şi adâncire a transei) cu concepția şi tehnicile psihanalitice aplicate în timpul transei (asociații libere, analiza viselor, analiza transferului şi a rezistențelor ş.a.);

c) *hipnoză combinată cu tehnici de psihoterapie scurtă* de orientare comportamentală şi experiențială (sub forma unei intervenții eclectice).

Universitatea SPIRU HARET

Succesul intervenției de tip hipnotic depinde de mai mulți factori: gradul de sugestibilitate al subiectului, motivația acestuia, tehnica de inducție folosită, calitățile terapeutului, aspecte conjuncturale. Este important de reținut faptul că nu toți oamenii pot fi hipnotizați în aceeași măsură. Unii nu reacționează deloc la inducția hipnotică, alții reacționează moderat, iar alții se dovedesc foarte receptivi. Specialiștii în domeniu au ajuns la concluzia că performanța hipnotică depinde atât de susceptibilitatea hipnotică (sugestibilitatea) a individului, cât şi de atitudinea acestuia față de hipnoză. Astfel, o persoană înalt hipnotizabilă poate rezista la hipnoză dacă își propune acest lucru.

Literatura de specialitate descrie mai multe *stadii de profunzime* a hipnozei. **Davis** şi **Husband** (1931) diferențiază:

a) starea de *nereceptivitate*,

b) *starea hipnoidă* (relaxarea cu destindere fizică şi psihică, tremor al pleoapelor până la închiderea ochilor),

c) *transa uşoară* (cu greutatea pleoapelor şi a membrelor, catalepsie, anestezie în anumite zone ale corpului),

d) *transa medie* (cu amnezie parțială sau totală post-hipnotică, anestezie, distorsionări perceptive, reacții la sugestii posthipnotice simple) şi

e) *transa profundă* de tip somnambulic (cu capacitatea de a deschide ochii fără a afecta transa, posibilitatea urmării de sugestii post-hipnotice bizare, comportament de tip somnambulic, halucinații pozitive sau negative, amnezie post-hipnotică sistematică, hiperestezii).

Pentru hipnoterapia centrată pe simptom este suficientă obținerea transei uşoare sau medii. Doar pentru situații mai complexe, într-o abordare hipnoanalitică de exemplu, este necesară transa profundă sau, cel puțin, medie. Orice demers hipnoterapeutic implică însă parcurgerea în ordine a mai multor etape: pregătirea subiectului, inducția hipnotică, adâncirea transei şi dehipnotizarea.

1. *Faza de pregătire a pacientului*. În această primă etapă i se explică subiectului ce este hipnoza, în ce constă inducția hipnotică şi care sunt avantajele hipnozei în diminuarea sau înlăturarea unor simptome de care el ar dori să se debaraseze. Este momentul în care pacientul este asigurat că experiența pe care o va trăi va fi agreabilă şi lipsită de periculozitate. Uneori clienții pot fi anxioşi datorită unor credințe eronate referitoare la hipnoză, vehiculate de nespecialişti şi amplificate de aura de mister care este adeseori asociată acestui domeniu. Astfel, subiecții pot manifesta teama că hipnoza le-ar slăbi

Universitatea SPIRU HARET

voința, că i-ar pune în situația de a se afla în totalitate sub dominația hipnotizatorului şi chiar ar crea supunere oarbă şi dependență. Practica a arătat că, de fapt, pe măsură ce subiectul parcurge mai multe şedințe, hipnotizabilitatea lui creşte (intră mai rapid în transă, răspunde mai prompt la sugestii), dar nu îşi pierde starea de conştiență. El poate ieşi din transă atunci când doreşte sau poate rezista inducției hipnotice dacă îşi propune serios acest lucru. În aceeaşi direcție se manifestă teama unor subiecți de a nu fi seduşi sau împinşi la comiterea unor acte antisociale în timpul hipnozei. În ce priveşte invocarea seducției, majoritatea autorilor sunt de părere că hipnoza nu a reprezentat decât o scuză convenabilă pentru ceea ce subiectul ar fi dorit să se întâmple şi fără transa hipnotică (un pretext pentru exprimarea unei dorințe inconştiente). În cazul actelor antisociale datele sunt contradictorii, dar probabil că răspunsul cel mai apropiat de adevăr este cel oferit de **Hilgard**: este puțin probabil ca subiectul să comită în stare de hipnoză fapte pe care nu le-ar fi putut comite şi în stare de veghe. Alți pacienți se tem de posibilitatea apariției de fenomene secundare, de natură psihogenă (cum ar fi noi simptome, tulburări psihice), în urma înlăturării simptomului inițial. În unele cazuri s-a ajuns la transformarea hipnozei în somnambulism, în comă isterică sau în stare catatonică la un pacient psihotic. Astfel de efecte s-au produs extrem de rar şi, de regulă, au apărut atunci când hipnoza a fost aplicată de un nespecialist, în manieră demonstrativă sau experimentală, la persoane cu potențial psihotic sau suicidar preexistent, latent.[3] O altă prejudecată larg răspândită se referă la teama că subiectul nu va putea ieşi din hipnoză. Este adevărat că uneori se întâlnesc dificultăți de revenire la unele categorii de subiecți (mai ales la cei cu tendințe histrionice care realizează beneficii secundare de pe urma hipnozei) sau în urma unor erori de tehnică la un hipnotizator neexperimentat[4]. În astfel de situații însă, se recurge la tehnici standardizate de dehipnotizare (gradat, dând

[3] De aici importanța pregătirii de specialitate a hipnotizatorului. Este obligatoriu ca terapeutul care practică în această manieră să aibă cunoştințe temeinice de psihopatologie pentru a sesiza astfel de predispoziții contraindicate în hipnoză.

[4] Se poate ca în timpul inducției hipnotice terapeutul să fi omis să precizeze în ce condiții se va trezi subiectul: la un anumit cuvânt, semn sau la cererea hipnotizatorului. Sau terapeutul i-a sugerat subiectului, fără să-şi dea seama, să nu se trezească, nu a anulat sugestiile administrate anterior ori sugestiile de revenire sunt incompatibile cu alte sugestii date în cursul hipnozei.

Universitatea SPIRU HARET

treptat sugestii de revenire la starea de veghe sau interogând subiectul aflat în transă asupra motivelor pentru care refuză să se trezească – de regulă răspunsul sugerează terapeutului ce anume trebuie să facă etc.). Dacă nu răspunde la aceste tehnici, este indicat ca subiectul să fie lăsat liniştit, deoarece în marea majoritate a cazurilor după o vreme va intra spontan în somn natural, din care se va trezi singur, ca după un somn obişnuit. Oricum, în nici un caz nu trebuie lăsat nesupravegheat.

Dacă subiectul este anxios, este important ca el să fie interogat cu privire la natura acestor posibile temeri ale sale, să i se dea explicaţii pertinente şi să fie încurajat. De asemenea, clientul este pregătit explicându-i-se ce se aşteaptă de la el: să rămână cât mai pasiv cu putinţă, să nu se opună sugestiilor, dar nici să nu încerce să-l ajute pe terapeut, să suspende încercarea de a-şi analiza stările, de a încerca să înţeleagă ce se petrece cu el, să se lase pur şi simplu condus de instructajul terapeutului.

2. *Inducţia hipnotică.* Reprezintă procedeul prin care se realizează intrarea în transa hipnotică. Ulterior informării şi pregătirii subiectului şi înainte de a trece la inducţia propriu-zisă, este indicat ca hipnotizatorul să testeze gradul de receptivitate la hipnoză a subiectului. Obţine astfel date care îi permit adaptarea instructajului la nivelul de sugestibilitate al clientului. În plus, testarea hipnotizabilităţii îi oferă pacientului un prim prilej de a intra în contact cu procedura sugestivă, cu efectele acesteia, contact care este de natură să îl detensioneze. Testarea se face prin folosirea în stare de veghe a unor probe de sugestibilitate, cum sunt: testul oscilaţiei corpului, testul încleştării degetelor, testul catalepsiei pleoapelor, testul rigidităţii braţului. Acestea presupun utilizarea de instructaje sugestive a căror administrare, pentru a atinge efectele aşteptate, cere implicare, tact şi talent din partea hipnotizatorului.

Dacă se constată că subiectul răspunde la acest tip de sugestii, deci are un nivel ridicat de receptivitate la hipnoză, se poate trece la inducţia propriu-zisă. Aceasta presupune distragerea atenţiei de la stimulii perturbatori externi, concentrarea asupra unui obiect de dimensiuni mici şi asupra spuselor terapeutului, sugerarea relaxării şi a somnolenţei şi stimularea jocului liber al imaginaţiei. În practică se pot utiliza diverse tehnici de inducţie hipnotică: fixarea privirii în privirea terapeutului (modalitate care este însă foarte solicitantă şi obositoare pentru terapeut), fixarea cu privirea a unui punct fix de pe tavan sau de pe perete, fixarea cu privirea a degetelor în „V" ale hipnotizatorului, fixarea cu privirea a unor obiecte exterioare (de regulă se folosesc obiecte de dimensiuni mici, strălucitoare, cum ar fi: o sferă metalică, o bilă de cristal,

Universitatea SPIRU HARET

o țintă desenată etc), concentrarea cu ochii închişi asupra punctului dintre sprâncene. În cazul copiilor, li se poate propune să fixeze cu privirea unghia degetului mare pe care au desenat o figură de păpuşă. Concomitent cu această concentrare asupra unui stimul fix, terapeutul administrează formule sugestive de calm, relaxare, linişte, somnolenţă. Sugestiile au caracter repetitiv, monoton, păstrând cât mai mult posibil aceleaşi cuvinte, expresii şi tipuri de propoziţii. Efectul scontat este ca pacientul să se lase condus de conţinutul precis al sugestiilor, fără a face eforturi pentru a urmări construcţii gramaticale complicate şi fără să fie distras de la demersul de concentrare-relaxare de alţi stimuli (cum ar fi bogăţia vocabularului folosit de hipnotizator). Tonul utilizat poate fi ferm, direct, autoritar (aşa-numita hipnoză de tip patern) sau, dimpotrivă, blând, cald, insinuant (aşa-numita hipnoză de tip matern). Studiile clinice au arătat că tonul matern este mai bine tolerat de cea mai mare parte a pacienţilor, în timp ce tonul patern stârneşte de multe ori reacţii de opoziţie. Acesta din urmă este, însă, indicat şi mai eficient în cazul persoanelor obediente sau disciplinate, cu o structură rigidă, de conformare la norme.

3. *Adâncirea transei.* Realizarea inducţiei hipnotice are ca rezultat instalarea unei stări de relaxare a subiectului, a cărei profunzime şi rapiditate depinde de nivelul de sugestibilitate şi de antrenamentul celui hipnotizat. Pasul următor presupune încercarea terapeutului de a obţine o mai mare profunzime a stării hipnotice a subiectului, prin administrarea de noi formule sugestive care indică adâncirea treptată a transei. O modalitate des folosită este numărarea (de la 1 la 10 sau de la 1 la 20, în funcţie de nivelul propus de adâncime a transei şi de receptivitatea subiectului), pe fiecare număr punctând sugestii repetitive de aprofundare progresivă a hipnozei. La subiecţii pasivi, cu tendinţa de a intra într-o stare letargică, este recomandabil ca atunci când se adânceşte transa să nu se accentueze pasivitatea, somnolenţa, ci tendinţa subiectului de a coopera cu hipnotizatorul. Odată ajuns la stadiul de profunzime scontat, hipnoterapeutul începe să administreze sugestiile terapeutice specifice pentru care a fost indusă hipnoza: sugestii de întărire a Eului, de pozitivare a imaginii de sine (de exemplu: „În cursul acestei relaxări te vei simţi tot mai puternic, tot mai eficient, tot mai stăpân pe tine. Cu fiecare zi ce trece vei deveni tot mai puţin îngrijorat, tot mai puţin agitat, tot mai puţin anxios, vei fi capabil să gândeşti clar, să te concentrezi tot mai bine"), de reducere a unor simptome (de exemplu, pentru combaterea cefaleei: „O senzaţie de căldură îţi cuprinde fruntea, faţa, gâtul. Senzaţia de căldură creşte şi cu cât creşte simţi cum capul tău

Universitatea SPIRU HARET

devine tot mai destins, mai relaxat. Te simți tot mai bine şi uşurat. Pe măsură ce căldura creşte, durerea scade mult, tot mai mult, până dispare total" sau pentru crize de astm:„De la o zi la alta, pieptul tău va deveni tot mai puternic, respirația tot mai uşoară, mai relaxată. Va dispărea treptat încordarea din zona pieptului, astfel încât respirația va deveni tot mai uşoară, din ce în ce mai uşoară.") de recuperare a unor amintiri, de îndeplinire posthipnotic a unor sarcini (de exemplu: „Chiar dacă va mai apărea o uşoară senzație de sufocare, te vei aşeza pe un scaun şi vei relaxa muşchii mâinilor şi picioarelor. Vei apăsa uşor cu palmele pieptul şi vei simți cum muşchii pieptului se relaxează şi permit aerului să treacă liber. În câteva minute respirația va deveni uşoară, liberă.") etc. În administrarea sugestiilor este recomandabil să se evite negațiile, deoarece în această stare modificată de conştiență capacitatea de discriminare a subiectului între negații şi afirmații este diluată şi el poate prelua formula ca pe o afirmație. De asemenea, este de evitat utilizarea cuvântului „încearcă", deoarece acesta evocă ideea că subiectul s-ar putea să nu reuşească; este mai eficientă utilizarea termenilor „explorează", „descoperă", „învață", „observă" etc.

4. *Dehipnotizarea.* Ultima etapă presupune trezirea subiectului din transa hipnotică. Pentru cei mai mulți subiecți este suficientă comanda pe un ton plăcut, dar ferm: „Revino! Trezeşte-te!", eventual lovind palmele sau pocnind degetele o dată cu consemnul „Când voi lovi palmele, vei fi complet treaz! Trezeşte-te!". Pentru pacienții care au fost conduşi într-o transă mai profundă este indicat ca revenirea să se facă gradat, reluând în sens invers paşii parcurşi în etapa de adâncire a transei. Dacă s-a utilizat numărarea, de exemplu, pentru trezire se va relua numărarea progresivă, invers (de la 10 la 1 sau de la 20 la 1, la fel ca în etapa anterioară), pe un ton ferm, mai alert de data aceasta şi punctând fiecare număr cu o sugestie scurtă de revenire. Dacă subiectul pare amețit, năucit, nesigur, nu se ține bine pe picioare la trezire, se poate repeta procedeul de dehipnotizare. În nici un caz nu este lăsat să plece până când terapeutul nu s-a asigurat, stând de vorbă cu el şi urmărindu-l atent, că a revenit la starea normală. Există cazuri foarte rare de subiecți care pot prezenta manifestări ca: cefalee, vomă, confuzie la revenirea din hipnoză. Astfel de simptome pot fi interpretate ca rezistențe contra stării hipnotice, ca mecanisme de apărare ale unui subiect nevrotic care inconştient se opune îndeplinirii unei sarcini prescrise prin sugestii în timpul transei. În astfel de cazuri se recomandă folosirea de sugestii directe de înlăturare a acestor simptome şi o terapie de mai mare profunzime (pentru a avea acces la mecanismele inconştiente implicate).

Universitatea SPIRU HARET

REZUMAT

Orientarea comportamentală (behavioristă) se defineşte ca reacţia psihologilor americani la abordarea psihanalitică a personalităţii. Conceptele de la baza orientării comportamentale sunt cele de *învăţare* şi de *mediu (situaţie),* conform cărora comportamentul se modifică prin învăţare şi experienţă, pe baza stimulilor din mediu, şi ţine mai puţin de ereditate şi de factorii biologici. Psihoterapia behavioristă se adresează direct comportamentelor simptom pe care îşi propune să le elimine tot printr-un proces de dezvăţare-învăţare. De asemenea, un demers psihoterapeutic behaviorist presupune adeseori şi o intervenţie asupra mediului de viaţă al pacientului. Tehnicile de intervenţie comportamentală urmăresc: modificarea comportamentelor-ţintă, tratamentul cu menţinerea condiţiilor, utilizarea de tehnici centrate pe acţiune.

Demersul psihoterapeutic comportamental este de scurtă durată (10-12 şedinţe), presupune urmărirea unor paşi clari şi precizarea de obiective, stabilite de comun acord cu pacientul. Psihoterapeutul este cel care ajută clientul să definească comportamentul-ţintă, alege metodologia cea mai potrivită pentru problematica clientului şi îi propune acestuia un program de terapie. Principalele tehnici psihoterapeutice comportamentale sunt: desensibilizarea sistematică progresivă, expunerea „in vivo", tehnica stingerii comportamentelor nedorite, întărirea selectivă, modelarea, terapia aversivă, antrenamentul asertiv, autoreglarea.

Mulţi psihoterapeuţi au observat cu timpul, pe baza experienţei clinice, că factorii cognitivi (gândurile, aşteptările, interpretările date evenimentelor) sunt la fel de importanţi ca şi stimulii din mediu în determinarea comportamentelor. O serie de cercetări şi activităţi terapeutice au arătat că modul în care persoana se comportă în confruntarea cu obstacolele externe ţine nu numai de mărimea obiectivă a acestora, ci şi de imaginea, de reflectarea lor în plan intern, subiectiv. S-a născut astfel psihoterapia cognitiv-comportamentală, care a preluat tehnicile behavioriste de modificare a comportamentelor şi le-a adăugat proceduri destinate schimbării convingerilor dezadaptative. În cadrul unui astfel de demers se urmăreşte realizarea restructurării cognitive, astfel încât pacientul să înveţe să îşi controleze stările afective prin identificarea şi modificarea modelelor negative de gândire. Dintre principalele tipuri de distorsionări cognitive fac parte: gândirea de tipul „totul sau nimic", supragenerализarea, concentrarea asupra negativului (catastrofizarea), descalificarea pozitivului, desprinderea de concluzii pripite, maximalizarea şi minimalizarea, judecata afectivă, cerinţele absolutiste, etichetarea, raportarea la

Universitatea SPIRU HARET

propria persoană. Componenta comportamentală a tratamentului intervine atunci când terapeutul îl încurajează pe client să testeze în practică modalităţile alternative de a vedea situaţia

Intervenţia cognitiv-comportamenatală se realizează în două etape distincte: identificarea patternurilor de gândire negativă iraţionale (prin discutarea unei experienţe emoţionale recente, utilizarea imaginaţiei dirijate, a jocului dramatic, etc.), urmată de modificarea acestora şi a comportamentelor aferente (prin raţionalizare, furnizarea de informaţii asupra anxietăţii şi mecanismelor de apariţie şi de întreţinere a acesteia, verificarea veridicităţii gândurilor negative automate, etc.). Un model de restructurare a patternurilor de gândire este cel oferit de Elis, părintele psihoterapiei raţional-emotive (RET) - modelul ABCDE. În acest model: A (*activator*) reprezintă evenimentul extern activator; B (*beliefs*) este sistemul de credinţe ale subiectului; C (*consequences*) sunt stările afective; D (*dispute*) reprezintă contraargumentarea; E (*effects*) sunt efectele restructurării cognitive.

Terapiile sugestive se încadrează în categoria intervenţiilor care încearcă să asigure un control direct asupra simptomelor. Aici se înscriu tehnicile de *relaxare* şi cele *hipnotice* pe fondul cărora psihoterapeutul administrează sugestii destinate producerii unor modificări: comportamentale, cognitive şi la nivel subiectiv. Sugestia şi autosugestia constituie mecanismele de bază ale relaxării, hipnozei şi, în general ale psihoterapiilor sugestive. Situaţia-sugestie reprezintă o situaţie provocativă care solicită realizarea de către persoana ţintă a unui anumit comportament sugerat, fără a putea apela la instanţele critice ale raţiunii. Comportamentul (răspunsul) sugerat reprezintă reacţia subiectului în sensul celor sugerate. Sugestibilitatea reprezintă capacitatea (disponibilitatea) subiectului de a răspunde la sugestii. Nivelul de sugestibilitate diferă de la o persoană la alta.

Meditaţia constituie o modalitate prin care persoana poate ajunge la o stare modificată de conştienţă, utilizând anumite ritualuri şi exerciţii (de reglare şi control al respiraţiei, de restrângere severă a câmpului atenţiei, de eliminare a stimulilor externi, de adoptare a unor poziţii standard, de formare de imagini mentale). În literatura de specialitate sunt descrise două tipuri specifice de meditaţie: meditaţia prin deschidere şi meditaţia prin concentrare. Rezultatul practicării acestor tehnici este o stare de bine, de deconectare generală a individului de activitatea sa cotidiană, de relaxare fizică şi mentală. În domeniul psihoterapiei, în acelaşi scop, se utilizează tehnicile de relaxare definite ca tehnici psihoterapeutice şi autoformative, fundamentate ştiinţific, care urmăresc realizarea unei decontracţii musculare şi nervoase. Hipnoza este definită

Universitatea SPIRU HARET

ca o stare modificată de conştienţă, apropiată de relaxare sau de stările meditative specifice culturilor orientale, indusă de regulă în mod artificial, caracterizată prin sugestibilitate ridicată, care permite să i se inducă subiectului mai uşor decât în stare normală o serie de modificări senzoriale, perceptive, mnezice şi motorii. Instalarea stării de relaxare, ca şi a celei hipnotice, presupune tehnici speciale de inducere, care necesită îndeplinirea anumitor condiţii pentru a se dovedi eficiente.

Hipnoterapia este o formă de intervenţie psihoterapeutică practicată din cele mai vechi timpuri în tratarea pacienţilor cu afecţiuni psihice şi somatice, în combaterea durerii, reducerea anxietăţii, recuperarea unor deficienţe, precum şi la persoanele normale ca o modalitate de optimizare a performanţelor. Hipnoterapia este utilizată în trei forme principale: hipnoterapie centrată pe simptom; hipnoanaliză; hipnoză combinată cu tehnici de psihoterapie scurtă de orientare comportamentală şi experienţială. Literatura de specialitate descrie mai multe stadii de profunzime a hipnozei: starea de nereceptivitate, starea hipnoidă, transa uşoară, transa medie şi transa profundă de tip somnambulic. Pentru hipnoterapia centrată pe simptom este suficientă obţinerea transei uşoare sau medii. Într-o abordare hipnoanalitică este necesară transa profundă sau, cel puţin, medie. Orice demers hipnoterapeutic implică parcurgerea în ordine a mai multor etape: pregătirea subiectului, inducţia hipnotică, adâncirea transei şi dehipnotizarea.

CONCEPTE-CHEIE

Teoriile învăţării – Elaborarea acestor teorii se leagă de numele lui C. Hull, E.C. Tolman, Skinner ş.a., care şi-au propus să furnizeze legi generale ale învăţării, aplicabile omului şi să descrie mecanismele de învăţare fundamentale şi pe cele posibile. Diferitele teorii ale învăţării au pus accent fie pe raporturile temporale dintre stimuli sau dintre stimuli şi răspunsuri, fie pe raporturile de consecinţă dintre comportament şi întărire, fie pe elaborarea de reprezentări interne, mentale ale mediului în care se desfăşoară comportamentul dobândit, fie asupra ignorării regularităţilor mediului de către organism. În genere, teoriile învăţării afirmă că personalitatea umană se structurează şi funcţionează în funcţie de stimulii externi, de situaţiile, rolurile şi interacţiunile sociale. Această concepţie se află la baza terapiilor comportamentaliste care consideră că toate reacţiile, emoţiile şi deprinderile dezadaptative au fost achiziţionate (învăţate) în cursul vieţii individuale.

Universitatea SPIRU HARET

Condiționare – Procedură de învățare descrisă inițial de Pavlov, prin care un stimul numit condiționat (de ex. sonerie) asociat repetat cu un stimul necondiționat (de ex. hrană) provoacă un răspuns condiționat similar celui necondiționat (de ex. salivare la aprinderea luminii). Este vorba despre condiționarea pavloviană, responsivă, de tip I. Ulterior Skinner deosebeşte condiționarea operantă, instrumentală, de tip II, în care un comportament (de ex. apăsarea unui levier) este recompensat printr-o întărire alimentară. Unii specialişti acordă un loc central sau chiar exclusiv condiționării în ansamblul mecanismelor de învățare, alții nu văd în ele decât un nivel între altele, superior obişnuințelor, dar mai puțin elaborat decât învățarea perceptivă sau învățarea simbolică. Principiile condiționării au fost preluate şi utilizate în elaborarea de tehnici psihoterapeutice comportamentale.

Pattern comportamental – Termen preluat din engleză semnificând configurație, structură, model, tip. Patternul comportamental desemnează ansambluri de comportamente care tind să se producă sistematic la acelaşi individ, care au fost învățate, întărite în timp şi apar, într-o manieră caracteristică, la întâlnirea cu diferite contexte.

Comportament-țintă – În terminologia psihoterapiei comportamentale comportamentul-țintă este cel asupra căruia terapeutul îşi propune să intervină (să îl reducă, să îl amplifice, să-i modifice frecvența, amplitudinea, intensitatea etc.) prin tehnici adecvate. Din primele etape se realizează descompunerea problemei clientului în scopuri specifice, identificându-se comportamentele-țintă care sunt tratate secvențial şi nu simultan. O regulă bazală a terapiilor comportamentale este aceea că tratează doar unul sau două comportamente-țintă o dată şi, abia după obținerea succesului în acest caz, se trece la abordarea unui alt comportament.

Întărire pozitivă / negativă – Întărirea este conceptul de bază al condiționării operante. Se consideră că ea se produce ori de câte ori un eveniment care urmează unui comportament creşte probabilitatea ca acel comportament să se repete. Există două tipuri principale de întărire: întărirea pozitivă (când un stimul gen recompensă apare ca urmare a unui comportament – tatăl îşi laudă fiul pentru că a făcut ordine în cameră) şi întărirea negativă (un stimul încetează ca urmare a unui comportament – tatăl încetează să îşi mai critice fiul după ce acesta a făcut ordine în cameră). Întărirea negativă nu trebuie confundată cu pedeapsa, cu administrarea de stimuli aversivi. Multe tehnici terapeutice comportamentale au ca fundament principiile întăririi.

Universitatea SPIRU HARET

Distorsionare cognitivă – Pattern de gândire negativă iraţională, referitor la propria persoană, la lume, la viitor, care se declanşează automat, spontan în anumite situaţii. Astfel de gânduri se constituie şi se asociază cu diverse contexte, încă din copilărie. Ele ţin de modul în care a fost tratat subiectul de către persoanele semnificative din familie, de modul în care se simt şi vorbesc despre ei înşişi cei care servesc subiectului drept model de identificare, de ceea ce i s-a spus individului în legătură cu el însuşi, de experienţele de viaţă mai importante prin care a trecut.

Restructurare cognitivă – Strategie cognitiv-comportamentală care îşi propune să-l ajute pe client să-şi recunoască distorsiunile de gândire şi să facă schimbări conforme cu realitatea. Pornind de la constatarea că modul în care persoana se comportă în confruntarea cu obstacolele externe ţine nu numai de mărimea obiectivă a acestora, ci şi de imaginea, de reflectarea lor în plan intern, subiectiv, terapia îşi propune să îl înveţe pe pacient să-şi interpreteze evenimentele de viaţă într-o manieră pozitivă, mai adaptativă, ceea ce ar conduce la rezolvarea problemelor emoţionale. Se urmăreşte realizarea restructurării cognitive, adică pacientul să înveţe să îşi controleze stările afective prin identificarea şi înlocuirea modelelor negative de gândire cu altele adaptative.

Sugestie – Proces de influenţă interumană prin care intenţia celuilalt provoacă imediat îndeplinirea sa de către subiect. Caracterul imediat înseamnă că transmiterea nu implică argumentare, convingere raţională sau învăţare, ci rezultă dintr-o identificare imediată cu credinţa sau realizarea dorinţei celui care sugerează. Puterea de sugestie ţine de factori sociali şi circumstanţiali. Sugestia şi autosugestia constituie mecanismele de bază ale relaxării, hipnozei şi, în general ale psihoterapiilor sugestive. În aceste cazuri sugestia este definită ca influenţă exercitată asupra conştiinţei şi voinţei cuiva (în stare de veghe sau hipnotică) în scopul tratării tulburărilor neuropsihice.

Sugestibilitate – Dispoziţie mentală deosebită care dă subiecţilor o mare receptivitate şi supunerea la diferite influenţe care se exercită asupra lor. În terapiile sugestive, termenul desemnează sensibilitatea crescută la sugestie folosită ca mijloc terapeutic. Nivelul de sugestibilitate diferă de la o persoană la alta. In clinică au fost construite scări de sugestibilitate pentru a măsura capacitatea subiectului de a răspunde la sugestii, în special pentru demersurile de tip hipnoză în care ascultarea de sugestia hipnotică trebuie să se distingă de o stimulare pasivă.

Relaxare – Termenul însumează diferite metode de destindere musculară folosite pentru a resimți o stare psihică bună și pentru a reduce anumite simptome psihopatologice sau psihosomatice. În sens larg, termenul de *relaxare* se referă la o deconectare generală a individului de activitatea sa cotidiană. În sens restrâns, în domeniul psihoterapiei, relaxarea semnifică o tehnică psihoterapeutică şi autoformativă, fundamentată ştiinţific, care urmăreşte realizarea unei decontracţii musculare şi nervoase. Efectele obținute în urma aplicării tehnicilor de relaxare sunt: repausul eficient, economisirea energiei fizice şi psihice, diminuarea efectelor negative ale stresului şi creşterea rezistenței la stres.

Hipnoză – Stare mentală tranzitorie, asemănătoare celei de somn dar diferită de aceasta din punct de vedere electrofiziologic, caracterizată prin sugestibilitate extremă, absența reacțiilor la stimulii din mediul înconjurător, lipsa inițiativei comportamentale şi, în general, amnezie după revenirea în stare de veghe. Pentru unii autori hipnoza reprezintă o stare particulară de conştiență, care nu este nici somn, nici stare de veghe şi care ar fi provocată printr-o concentrare selectivă a atenției, consecutivă sugestiei hipnotizatorului. Alții explică starea de hipnoză ca o strategie cognitivă pe care subiectul o adoptă pentru a asculta de instrucțiunile hipnotizatorului: concentrarea deliberată a atenției față de sarcinile cerute şi o „neatenție" selectivă pentru orice altă solicitare.

Hipnoterapie – Hipnoterapia este psihoterapia realizată cu ajutorul hipnozei. Ea poate îmbrăca forma unei psihoterapii centrate exclusiv pe simptom, situație în care, după inducerea transei hipnotice, se administrează formule sugestive cu caracter terapeutic sau poate fi utilizată ca terapie de profunzime, combinând sugestiile terapeutice cu tehnici specifice psihanalizei pentru a descoperi conflictele profunde care stau la baza producerii simptomelor (hipnoanaliza).

Transă hipnotică – Transa reprezintă o stare psihică specială în care se găseşte o persoană hipnotizată, deosebită atât de starea de veghe cât şi de cea de somn, caracterizată prin slăbirea sau dispariția atitudinii discriminatorii, critice la acțiunea unor sugestii. Termenul descrie stadiile de profunzime a hipnozei, caracterizate printr-o fenomenologie specifică (de la greutatea pleoapelor şi a membrelor în transa uşoară până la halucinații, amnezie post-hipnotică sistematică în transa profundă de tip somnambulic).

Pentru hipnoterapia centrată pe simptom este suficientă obținerea transei uşoare sau medii, în timp ce într-o abordare hipnoanalitică este necesară transa profundă sau, cel puțin, medie.

Universitatea SPIRU HARET

EXTINDERI

PSIHOTERAPIA PRIN INTERVENȚIE PARADOXALĂ

Psihoterapia prin intervenție paradoxală reprezintă un model psihoterapeutic comportamental, centrat pe simptom. Este utilizat atât în lucrul individual, cât şi în tratarea problemelor de cuplu şi în terapia sistemică de familie. În cadrul acestuia, nu se consideră necesară explorarea cauzelor profunde aflate la originea manifestărilor nedorite, ci se pune accent pe întrebările „cine?", „ce?", „unde?", „când?" se produce simptomul, pentru a prescrie apoi sarcini paradoxale destinate reducerii sau înlăturării acestuia. Ideea de pornire este aceea că simptomele reprezintă metafore, mesaje care exprimă suferințele ascunse şi reale ale individului, cuplului sau familiei ce se adresează psihoterapiei. Sarcina terapeutului este de a descifra conținutul acestor metafore, de a descoperi beneficiile indirecte sau secundare pe care le au comportamentele inadecvate şi de a genera comportamente alternative care să le înlocuiască.

În literatura de specialitate, intervenția paradoxală este definită ca situația în care terapeutul îi prescrie pacientului producerea voluntară şi exagerată a comportamentului nedorit, de care acesta din urmă doreşte să scape. Obiectivul urmărit este ca, prin îndeplinirea acestei sarcini, în timp, să se obțină de fapt opusul a ceea ce se cere prin intermediul ei. Pentru aceasta este nevoie să fie foarte clar precizat comportamentul care se cere modificat, precum şi scopul propus pentru terapie. Acest tip de intervenție se bazează în mare măsură pe elementul surpriză, caracterul nelogic şi şocant al prescripțiilor fixând pentru moment atenția pacientului şi întrerupând cercul vicios prin care simptomul era menținut şi exacerbat. Această decentrare de pe vechiul mod de a gândi şi de a acționa este de natură să determine individul să renunțe la răspunsurile prestabilite şi să declanşeze un comportament de căutare pentru găsirea unui nou răspuns adecvat. Adeseori se procedează la o prescriere ritualizată a simptomului, menționând riguros locul, timpul şi condițiile precise de producere a acestuia (de exemplu, unei paciente anorectice, cu ruminații obsesive legate de mâncare i se poate trasa sarcina de a se gândi în fiecare seară la ora 9, preț de o jumătate de oră, numai la alimentație). Un alt principiu de bază al psihoterapiei prin paradox îl reprezintă modificarea sistemului de referință din care este abordat simptomul, conferind o semnificație pozitivă şi valorizând comportamentul patologic (în ideea că simptomul de care doreşte să scape clientul este într-adevăr neplăcut şi deranjant, dar el îi atrage atenția asupra

Universitatea SPIRU HARET

a ceva important care se petrece cu persoana în acest moment; aşa că i se propune să îl mai păstreze o vreme, pentru a înțelege despre ce este vorba). Prin aceasta se obține o modificare a atitudinii pacientului față de sine şi față de problema sa, care poate fi astfel receptată ca un generator de schimbare. În plus, creşte sentimentul de adecvare şi de autocontrol personal.

Intervenția paradoxală a fost dezvoltată în psihoterapie atât de behavioriști, cât şi de practicieni aparținând altor orientări psihoterapeutice. **Dunlap** utiliza aşa-numita „practică negativă" care consta în prescrierea simptomului mai ales la pacienți cu balbism, enurezis, onicofagie. **Viktor Frankl**, creatorul logoterapiei, îşi propunea, în cadrul demersului său terapeutic bazat pe principiile existențialiste, să ajute pacientul să îşi accepte în mod conştient responsabilitățile personale, să descopere un sens al vieții şi, prin aceasta, să reuşească să depăşească simptomele nevrotice. Una dintre tehnicile de bază ale logoterapiei este intenția paradoxală (sau prescrierea simptomului), prin care i se cere pacientului să producă şi să-şi exagereze simptomele. Este o modalitate de intervenție recomandată mai ales în tulburările obsesional-compulsive, fobice şi în cazurile în care există anxietate anticipatorie. Tehnica mizează pe inversarea atitudinii pacientului, astfel încât teama sa anticipatorie să ajungă să fie înlocuită printr-o dorință paradoxală. Ea ajută pacientul să se detaşeze de simptom, să se privească cu mai mult calm şi chiar cu umor. În plus, tehnica permite pacientului să realizeze faptul că poate să îşi influențeze, de fapt chiar să îşi creeze simptomul şi îi dă ocazia să îşi asume responsabilitatea pentru producerea sa.

Iată două dintre cazurile prezentate de **Frankl** pentru ilustrarea modului de utilizare a acestei tehnici:

1. „Un doctor tânăr m-a consultat din cauza temerii sale de a transpira. De câte ori se aştepta la un surplus de transpirație, anxietatea anticipatorie era suficientă pentru a precipita umezirea excesivă. Pentru a întrerupe acest cerc vicios, l-am sfătuit pe pacient, în cazurile în care se putea ca transpirația să reapară, să îşi propună deliberat să le arate celor din jur cât de mult poate transpira. O săptămână mai târziu s-a întors şi mi-a relatat că, de câte ori a întâlnit pe cineva care i-a stârnit anxietatea anticipatorie, şi-a spus în sinea lui: „Până acum am transpirat doar un litru, dar acum mă voi strădui să transpir cel puțin zece litri!". Rezultatul a fost că, după ce suferise de fobia aceasta timp de patru ani, a devenit capabil, după o singură şedință, să se elibereze permanent de ea într-o săptămână."

2. „Pacientul pe care îl vom prezenta era un bibliotecar care fusese tratat de mai mulți doctori în câteva clinici, fără vreun succes terapeutic.

Universitatea SPIRU HARET

Când a venit în clinica mea era extrem de disperat şi spunea că se află în pragul sinuciderii. De câţiva ani suferea de crampa scriitorului, care recent devenise atât de severă încât îl punea în pericol să-şi piardă slujba. De aceea numai o terapie imediată de scurtă durată putea schimba situaţia. În debutul tratamentului, asociatul meu i-a recomandat pacientului să facă pur şi simplu opusul a ceea ce face de obicei; mai exact, în loc să încerce să scrie cât mai curat şi mai lizibil cu putinţă, să scrie cu cele mai urâte mâzgălituri posibile. I s-a recomandat să-şi spună: „Acum voi arăta celorlalţi ce bun mâzgălitor sunt!". În momentul în care a încercat deliberat să mâzgălească, a fost incapabil să o facă. „Am încercat să mâzgălesc, dar pur şi simplu nu am făcut-o", spunea el a doua zi. În patruzeci şi opt de ore a fost eliberat de crampa scriitorului şi a rămas liber de-a lungul perioadei de observaţie de după tratament. Este din nou fericit şi capabil de lucru."

Milton Erikson, celebrul hipnoterapeut care a introdus sugestiile indirecte în inducţia hipnotică, utiliza frecvent paradoxul în tratarea rezistenţelor pacienţilor săi. De asemenea, în alte modele terapeutice, precum gestaltterapia, psihodrama, se foloseşte tehnica amplificării care presupune să se ceară clientului să repete şi să exagereze anumite gesturi, posturi, expresii pentru a devoala şi clarifica semnificaţia reală a acestora.

In lucrarea *Psihoterapia, tratament fără medicamente*, **Irina Holdevici** şi **Ilie Vasilescu** prezintă o sinteză făcută de **Cristine Watson** (1985) asupra principalelor idei şi definiţii despre psihoterapia prin paradox. Aceasta reprezintă demersul în cadrul căruia terapeutul:

• transmite un mesaj prin intermediul căruia limitează schimbarea pacientului sau a familiei aflate în terapie;

• transmite două mesaje contradictorii, dintre care unul corespunde contextului psihoterapeutic şi care implică ideea că o schimbare ar trebui să aibă loc, iar celălalt transmis direct de către terapeut postulează faptul că schimbarea nu trebuie să aibă loc;

• exagerează unele comportamente ale pacientului sau familiei, ori foloseşte surprize pentru a-i şoca şi a-i scoate dintr-un cadru de referinţă rigid;

• contracarează modurile paradoxale şi absurde ale familiilor aflate în terapie de a-şi aborda problemele proprii, folosind un paradox terapeutic;

• localizează posibila funcţionare a comportamentului-problemă şi îl prescrie ca pe un comportament care se menţine prin mecanisme homeostatice;

• apreciază pozitiv comportamentele tuturor participanţilor la terapie în cadrul unui anumit context sau situaţie. (apud. **Irina Holdevici** şi **Ilie Vasilescu**, *Psihoterapia, tratament fără medicamente,* 1993)

Universitatea SPIRU HARET

SISTEME DE RELAXARE: RELAXAREA ANALITICĂ (JACOBSON), ANTRENAMENTUL AUTOGEN (SCHULTZ)

La ora actuală există numeroase sistemele de relaxare elaborate şi utilizate în cultura occidentală fie în scop terapeutic, fie pentru optimizarea unor funcţii. Printre acestea, unele dintre cele mai cunoscute sunt: *relaxarea analitică (Jacobson)* şi *antrenamentul autogen (Schultz)*.

Relaxarea analitică (**Jacobson**) este inspirată din cercetările lui **Jacobson** asupra fiziologiei sistemului muscular, cercetări care i-au permis să definească relaxarea drept absenţa oricărei contracţii musculare. Tehnica propriu-zisă implică o serie de faze succesive, începând cu contractarea şi relaxarea musculară şi având ca scop final obţinerea relaxării psihice. Aşezat comod în decubit dorsal, subiectul începe prin a conştientiza senzaţiile de contractură dintr-o grupă musculară sau alta. (De exemplu: „*contractă muşchii picioarelor, trage în sus degetele, strânge puternic şi menţine aşa câteva momente; observă starea de tensiune de la nivelul picioarelor, menţine încă puţin; acum relaxează, lasă picioarele moi; observă starea de relaxare şi diferenţa faţă de starea anterioară"*). Progresiv, subiectul face exerciţii de contractare a diferitelor grupe musculare pentru a-şi dezvolta şi rafina sensibilitatea la nivelul musculaturii. El învaţă apoi să nu mai contracte muşchii şi să practice relaxarea diferenţiată pe fiecare grupă musculară, apoi la nivelul întregului corp. Ulterior, subiectul este dirijat să conştientizeze contracturile musculare provocate de stări afective, fiind condus treptat spre relaxarea psihică. Învaţă astfel să îşi controleze şi să îşi reducă tensiunile fizice şi psihice care apar în diverse situaţii emoţionale.

Antrenamentul autogen (**Schultz**) este un sistem de relaxare derivat din hipnoza medicală. Metoda a fost elaborată în Germania anilor '20 de medicul psihiatru **Schultz**. Acesta defineşte antrenamentul autogen ca pe un exerciţiu generat (*genos*) din interiorul eului (*autos*). **Schultz** a observat că, pentru inducerea unei stări hipnotice prin intermediul exerciţiilor standard, este necesară o atitudine relaxată şi pasivă din partea subiectului. El a denumit această stare a subiectului *stare autogenă.* Antrenamentul autogen, inspirat din yoga, este o formă de autohipnoză şi cuprinde două cicluri de exerciţii: ciclul inferior şi ciclul superior.

Ciclul inferior constă dintr-un ansamblu de exerciţii de relaxare administrate după un algoritm bine precizat care se învaţă, de regulă, în 6-10 săptămâni. Reprezintă un mijloc eficient de refacere a organismului după efort. Subiectului i se indică să închidă ochii şi să adopte o

Universitatea SPIRU HARET

poziție confortabilă (în decubit dorsal, în poziție semişezândă sau aşezat pe un fotoliu, cu brațele şi ceafa comod sprijinite şi picioarele bine lăsate pe sol), într-o încăpere liniştită, cu lumină blândă şi temperatură plăcută. El învață să se decontracteze, membru după membru, de la periferie spre centru, concentrându-se succesiv asupra impresiilor de greutate, căldură, regularitate a ritmului cardiac, apoi respiratoriu, până când, prin exercițiu, ajunge la o destindere corporală completă pe care să o poată obține ulterior în orice condiții (stând în picioare, în condiții de zgomot, la serviciu etc.) Exercițiile sunt total lipsite de nocivitate şi pot fi practicate sub îndrumarea unui terapeut, utilizând casete audio sau autoinducție. Paşii, prezentați în ordine, sunt:

1. experiența greutății – inducerea senzației de greutate la nivelul brațului drept, apoi a celui stâng şi la nivelul picioarelor, urmate de generalizarea senzației de greutate (exemplu de instructaj: „concentrează-te asupra brațului drept care devine greu, tot mai greu, ca de plumb; o greutate foarte mare, dar plăcută şi odihnitoare urcă în brațul tău drept treptat, de la vârfurile degetelor, spre cot şi apoi spre umăr; brațul devine greu, foarte greu, din ce în ce mai greu; brațul drept e greu ca de plumb; o greutate foarte mare apasă brațul drept, ca şi cum ar fi acoperit cu săculeți grei cu nisip; o senzație de greutate foarte mare şi foarte plăcută a cuprins brațul drept; brațul drept este greu, foarte greu, greu ca de plumb");

2. experiența căldurii - inducerea senzației de căldură la nivelul brațului drept, apoi a celui stâng şi la nivelul picioarelor, urmată de generalizarea senzației de căldură (exemplu de instructaj: „brațul tău drept devine cald, tot mai cald, din ce în ce mai cald; o senzație plăcută de căldură cuprinde treptat brațul tău drept, de la vârfurile degetelor, spre cot, până la umăr; brațul drept este cald, din ce în ce mai cald, ca şi cum ar fi cufundat într-un vas cu apă foarte caldă; brațul este cald, foarte cald, din ce în ce mai cald; o senzație de căldură plăcută şi relaxantă a cuprins brațul drept în totalitate");

3. concentrarea asupra bătăilor inimii, pentru calmarea, reducerea uşoară a ritmului cardiac (exemplu de instructaj: „inima ta bate liniştit, puternic, egal; inima pompează cu uşurință sânge în artere, în tot corpul; ritmul bătăilor inimii este regulat, calm, egal; inima ta bate liniştit, regulat, ritmic, cu fiecare bătaie tot mai liniştit şi mai regulat„);

4. concentrarea asupra respirației, controlul şi calmarea acesteia (exemplu de instructaj: „respiri calm şi liniştit, din ce în ce mai calm şi mai liniştit; cu fiecare inspir îți umpli plămânii cu oxigen şi cu energie,

Universitatea SPIRU HARET

cu fiecare expir elimini dioxidul de carbon şi toxinele din organism; ritmul respiraţiei este regulat: inspiri…expiri…inspiri…expiri…; respiraţia este din ce în ce mai profundă, tot mai profundă, calmă, regulată; cu fiecare respiraţie eşti tot mai destins şi mai relaxat; respiraţia este din ce în ce mai liniştită, calmă, ritmică, profundă")

5. concentrarea asupra organelor abdominale şi sugerarea senzaţiei de căldură în zona plexului solar (exemplu de instructaj: „abdomenul este calm şi relaxat; o senzaţie plăcută de căldură invadează zona plexului solar, ca şi cum bazinul tău ar fi cufundat într-un vas cu apă foarte caldă; căldura creşte tot mai mult, tot mai mult, este relaxantă, plăcută şi odihnitoare; bazinul tău este cald şi relaxat, tot mai cald şi mai relaxat");

6. inducerea unei vasoconstricţii în zona frunţii, cu trăirea senzaţiei de rece (exemplu de instructaj: „simţi capul liber, uşor, cu muşchii feţei relaxaţi; o senzaţie uşoară şi plăcută de răcoare cuprinde zona frunţii, ca o adiere de vânt rece; fruntea este relaxată şi se lasă învăluită tot mai mult, din ce în ce mai mult de această senzaţie plăcută de răcoare; creierul este limpede ca un izvor de munte; eşti perfect liniştit, relaxat, cu mintea limpede").

Trecerea de la un exerciţiu la următorul se face în ordinea prezentată şi numai atunci când subiectul a experimentat senzaţiile specifice etapei anterioare. Pe măsura antrenării, subiectul poate învăţa să practice singur şi să utilizeze tehnica în scop de relaxare.

Ciclul superior presupune un stagiu de la 6 luni până la 2 ani de practicare a ciclului inferior şi stăpânirea perfectă de către subiect a exerciţiilor acestuia. Exerciţiile din ciclul superior sunt inspirate în mare măsură din tehnicile de meditaţie de tip oriental, sunt pretenţioase şi este absolut contraindicată utilizarea lor fără îndrumarea unui expert. Ele necesită pregătire de specialitate a psihoterapeutului care presupune, pe lângă aspectele tehnice, şi cunoştinţe serioase de psihiatrie şi psihopatologie. Însuşirea completă a exerciţiilor din acest ciclu necesită 3-6 ani, iar aplicarea lor incorectă poate genera perturbări grave în sfera personalităţii. Treptele ciclului superior sunt:

1. concentrarea pe culoarea preferată;
2. concentrarea pe culori impuse de terapeut;
3. concentrarea pe obiecte concrete;
4. concentrarea pe idei abstracte;
5. trăirea sentimentului propriu;
6. interogarea propriului subconştient.

Universitatea SPIRU HARET

ÎNTREBĂRI PENTRU CURSANȚI

1. *Explicați în ce constă specificul curentului comportamental în psihoterapie, făcând distincția față de orientarea psihanalitică.*

2. *Descrieți diferențele teoretice şi practice între psihoterapia comportamentală şi cea cognitiv-comportamentală. Evidențiați care sunt aspectele comune acestor două tipuri de abordări.*

3. *Imaginați-vă situația unui pacient fobic şi descrieți în detaliu paşii desensibilizării sistematice progresive pe care ați practica-o cu acesta. Alcătuiți o listă adecvată a stimulilor anxiogeni în ordine crescătoare.*

4. *Elaborați textul unui posibil instructaj de inducere a relaxării, urmat de sugestii de întărire a eului, ținând cont de caracteristicile pe care trebuie să le îndeplinească sugestiile pentru a fi eficiente în terapie.*

5. *Argumentați care sunt avantajele utilizării relaxării sau hipnozei în cadrul unui demers psihoterapeutic.*

BIBLIOGRAFIE

1. Atkinson Rita, Atkinson Richard, Smith Edward, Bem Daryl, Nolen-Hoeksema Susan, *Hilgard's Introduction to Psychology,* Harcourt Brace College Publishers, USA, 1996.

2. Holdevici Irina, *Autosugestie şi relaxare,* Editura Ceres, Bucureşti, 1995.

3. Holdevici Irina, *Elemente de psihoterapie*, Editura All, Bucureşti, 1996.

4. Holdevici Irina, *Gândirea pozitivă. Ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă şi cognitiv-comportamentală,* Editura Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti, 1999.

5. Holdevici Irina, *Hipnoza clinică,* Editura Ceres, Bucureşti, 2001.

6. Holdevici Irina, *Sugestiologie şi psihoterapie sugestivă,* Editura Victor, Bucureşti, 1995.

7. Holdevici, Irina, Vasilescu, Ilie, *Psihoterapia. Tratament fără medicamente,* Editura Ceres, Bucureşti, 1993.

8. Ionescu Gheorghe, *Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie,* Editura Asklepios, Bucureşti, 1995.

9. Liebert Robert, Spiegler Michael, *Personality, Strategies and Issues,* Pacific Grove, California, 1995.

Universitatea SPIRU HARET

VI. **ORIENTAREA UMANIST- EXPERIENȚIALISTĂ ÎN PSIHOTERAPIE**

VI.1. **Specificul orientării umanist-experiențialiste**

Orientarea experiențialist-umanistă s-a conturat în domeniul psihoterapiei de-a lungul ultimei jumătăți de secol, nutrindu-se din gândirea fenomenologică şi cea existențială şi având la bază o concepție profund umanistă asupra naturii ființei umane. Terapeuții acestei orientări pun accent pe unicitatea omului, pe potențialul latent care se află în fiecare dintre noi şi care se cere descoperit şi valorificat, pe unificarea dintre corp, minte şi spirit. Postulatele de bază ale acestei orientări sunt cele sugerate de **James Bugental** (1963):

1. omul este mai mult decât suma părților sale componente, adică nu poate fi înțeles doar prin studierea ştiințifică, separată, a părților şi funcțiilor sale;
2. omul există în contextul umanității şi nu poate fi înțeles dacă se ignoră experiențele sale interpersonale;
3. omul este conştient şi nu poate fi înțeles de o psihologie care nu recunoaşte continuitatea conştiinței de sine şi nivelurile acesteia;
4. omul alege, el nu „suportă" existența, ci îşi creează propria experiență;
5. omul este orientat spre scopuri, este orientat spre viitor, are obiective, valori şi semnificații.

Modalitatea cea mai eficientă de activare a potențialului personal este considerată a fi experiența, acțiunea, interacțiunea cu celălalt „aici şi acum". Dacă terapiile analitice sunt orientate către trecut, către investigarea şi reintegrarea conflictelor din istoria personală a pacientului, iar metodologia comportamentală şi cognitiv-comportamentală se axează pe modificarea strictă a comportamentelor şi a modului de gândire prezent al subiectului, care-i afectează viața cotidiană; psihoterapiile expe-

Universitatea SPIRU HARET

rienţiale folosesc momentul actual pentru a-l ajuta pe client să înţeleagă aspecte din viaţa sa trecută şi din modul său obişnuit de funcţionare, iar apoi să evolueze către viitor, mobilizându-şi şi folosindu-şi activ resursele de care dispune. Terapiile umaniste nici nu interpretează, nici nu încearcă să modifice comportamentul persoanei, ci îşi propun să-i faciliteze clientului explorarea propriilor gânduri şi sentimente şi să-l asiste în descoperirea soluţiilor personale.

Terapeutul umanist *promovează comunicarea liberă, experimentarea interacţiunii, acceptă necondiţionat experienţa şi valorile clientului, interesul rămânând centrat pe stimularea comportamentului spontan şi pe trăirea sentimentelor*. Rolul său nu este acela de a-l modifica pe pacient, ci de a-i oferi *situaţii de experimentat*. Prin traversarea de situaţii noi, provocative, acesta are ocazia să devină conştient de propriile disponibilităţi, pe care apoi le poate utiliza în scopul dezvoltării personalităţii sale. Finalitatea vizată de procesul terapeutic este ca pacientul să obţină autonomia, după ce a apelat iniţial la un sprijin (cel al psihoterapeutului).

Obiectivele psihoterapiei experienţialist-umaniste sunt atât intrapersonale, cât şi transpersonale. *Nivelul intrapersonal* se referă la *descoperirea propriului ego*, a propriei individualităţi dincolo de măşti sociale şi mecanisme de apărare. Aceasta presupune accesul direct la stările emoţionale, înţelegerea modului în care acestea se reflectă la nivel corporal şi acceptarea lor la nivelul gândirii. *Nivelul transpersonal* se referă la orientarea spirituală, la *descoperirea unităţii omului cu universul*, cu planul cosmic, unitate prin intermediul căreia omul are şansa de a-şi depăşi limitele propriului eu.

După concepţia **Iolandei Mitrofan**, una dintre personalităţile care au promovat acest curent şi întemeietoarea şcolii experienţiale din România, principalele contribuţii ale creatorilor în această arie pot fi sistematizate în trei mari categorii: *abordarea experienţială clasică* (din care fac parte: terapia centrată pe client a lui **Carl Rogers**, gestaltterapia lui **Frederick Perls**, psihodrama clasică moreniană ş.a.), *abordarea experienţială modernă* (cu nume ca: **Viktor Frankl** şi logoterapia, **Alexander Lowen** şi analiza bioenergetică, **Eric Berne** şi analiza tranzacţională etc.) şi *abordarea experienţială postmodernă* (în care se înscriu: programarea neurolingvistică (PNL) iniţiată de **Grinder** şi **Bandler**, terapia transpersonală a lui **Stanislav Grof**, terapia unificării iniţiată în ţara noastră de **Iolanda Mitrofan** ş.a.)

Universitatea SPIRU HARET

VI.2. **Psihoterapia centrată pe client (Carl Rogers)**

VI.2.1. *Fundamentare teoretică*

Carl Rogers (1902-1987) este psihologul american care, începând cu anii ’40, a elaborat o nouă modalitate de abordare a pacienților în psihoterapie, diferită atât de cea psihanalitică, cât şi de cea comportamentală. El a utilizat experiența terapeutică ca sursă de idei despre personalitatea umană şi ca teren de testare, verificare şi revizuire a acestor idei. În 1942 publică lucrarea *Psihoterapia non-directivă*, în cadrul căreia propune înlocuirea termenului de pacient cu cel de client. De fapt, **Rogers** prefera termenul de „facilitator” în locul celui de „terapeut” şi numea persoanele cu care lucra „clienți” şi nu „pacienți”, deoarece în concepția sa dificultățile emoționale nu erau privite ca boli ce trebuie tratate medical. Ulterior, el îşi va denumi propunerea psihoterapeutică *terapie centrată pe client (sau pe persoană)*. Teoria lui **Rogers** era inovativă şi, ca şi în cazul lui **Freud**, a fost la început considerată eretică, pentru ca mai apoi să fie acceptată şi răspândită în multe domenii, nu numai în psihoterapie (educație, relații interpersonale etc.)

Principiul care a stat la baza teoriei, cercetării şi psihoterapiei rogersiene pe parcursul a mai mult de 50 de ani, este principiul actualizării care afirmă că: „*Fiecare dintre oameni are un potențial unic de dezvoltare, de creştere şi de schimbare în direcții sănătoase şi pozitive. Asigurarea unui climat liber de constrângeri externe va face ca acest potențial să ghideze întregul comportament al persoanei.*” (**Rogers**, 1951)

Teoria rogersiană se bazează pe două prezumții majore:

1. Comportamentul uman este ghidat de *tendința unică a fiecărei persoane către autoactualizare.*

2. Toți oamenii au nevoie de *acceptare necondiționată* pentru a se dezvolta.

În termenii autoactualizării, acceptarea necondiționată este înalt dezirabilă, pentru că, atunci când o experimentează, oamenii se află într-o stare optimă pentru a fi ghidați de tendințele actualizării de sine. Dimpotrivă, judecățile de valoare specifice acceptării condiționate pot interfera cu aceste tendințe. Nevoia de a fi acceptat de ceilalți poate deveni uneori atât de puternică, încât să substituie procesul natural de dezvoltare. În mod concret, oamenii au posibilitatea de a funcționa la capacitatea maximă a disponibilităților lor atunci când se simt valorizați de cei din jur (de părinți, de profesori, de soț/soție, de prieteni, de colegi etc.), chiar dacă atitudinile, comportamentele sau sentimentele lor nu sunt ideale.

Universitatea SPIRU HARET

În procesul de dezvoltare a personalității umane, o deosebită importanță o au relațiile parentale și modalitățile de creștere și de educare a copiilor. Dacă părinții oferă doar acceptare condiționată, adică valorizează copilul numai dacă el se comportă, gândește sau simte „corect", apare pericolul unor incongruențe în dezvoltarea acestuia (imagine de sine fragilă sau distorsionată, reprimări etc.) De exemplu, la apariția unui nou copil în familie, fratele mai mare are în mod firesc sentimente de ostilitate, gelozie, competiție care se materializează în bruscarea celui mic. De regulă, părinții sancționează prompt astfel de gesturi, certând și pedepsind copilul pentru ceea ce face. Acesta recepționează dezaprobarea și încearcă să o înțeleagă și să o integreze în concepția de sine. Poate înțelege fie că este rău și se simte vinovat și ruşinat; fie că părinții nu-l mai plac și se simte respins; fie își neagă sentimentele, decide că nu simte ostilitate și că nu vrea să lovească bebeluşul. În oricare dintre aceste cazuri se produce o distorsiune a realității: în primele două situații aceasta afectează imaginea de sine; în cazul negării sentimentelor reale, acestea sunt împinse în inconștient și produc o stare de disconfort. **Rogers** numește aceste discrepanțe intrapsihice *incongruențe* (între concepția de sine și realitate sau între sentimentele reale și cele afirmate). El sugerează că modalitatea optimă de abordare a copilului constă în a-i recunoaşte și accepta sentimentele, indiferent de coloratura lor (pozitive/negative), explicându-i, în acelaşi timp, ce se întâmplă cu sentimentele celor din jurul său și de ce comportamentele agresive nu sunt acceptabile.

În evoluția ulterioară a individului, dacă acesta a experimentat numeroase constrângeri și evaluări critice din mediu, el le va internaliza treptat și va ajunge să își impună o serie de solicitări nerealiste. De pildă, își autopretinde să nu trăiască un anumit gen de sentimente, etichetate social ca negative: ură, furie, invidie, ostilitate ș.a. Negând realitatea unor astfel de trăiri, persoana pierde contactul cu experiența sa autentică, se „falsifică" și nu mai este conștientă de natura reacțiilor sale. De exemplu, o tânără femeie nu realizează că, deși își iubește partenerul de viață și copiii, există (în mod natural!) și momente în care aceştia o agasează. Neputând accepta că uneori simte față de ei și furie, ranchiună, enervare, este bulversată de tensiunea pe care o trăiește încercând să fie o mamă și o soție model. Rezultatele unor astfel de incongruențe pot fi: relații interpersonale inautentice, diferite forme de dezadaptare, un nivel scăzut de integrare psihică. *În cazul unei incongruențe mari, reintegrarea este posibilă numai în relație cu o altă persoană care o acceptă necondiționat pe cea aflată în deficit; o astfel de relație recuperatorie este caracteristică terapiei centrate pe client*.

Universitatea SPIRU HARET

Rogers propune sintagma de „terapie centrată pe client" şi noţiunea de „client" pentru a evita conotaţiile de persoană bolnavă, de obiect al unui experiment psihologic şi pentru a sublinia faptul că clientul este cel care solicită activ şi voluntar ajutor în soluţionarea problemelor sale, fiind singurul responsabil pentru propriul comportament, inclusiv pentru rezolvarea problemelor sale. Psihoterapeutul rogersian nu are sarcina de a dirija procesul de vindecare, ci este mai degrabă un fel de „catalizator" care-l ajută pe client să îşi descopere şi să îşi valorifice disponibilităţile latente. El se conduce după principiul că *individul aflat în terapie este responsabil pentru el însuşi şi este de dorit să îşi asume această responsabilitate.* Această formă de psihoterapie porneşte de la prezumţia că fiecare individ este cel mai bun expert în rezolvarea propriilor probleme; el dispune de motivaţia şi de abilităţile necesare pentru a decide care sunt schimbările necesare pentru dezvoltarea sa.

În concepţia umanistă a lui **Rogers**, tulburarea psihică apare atunci când procesul de autoactualizare este blocat de diverse împrejurări (alegerea unei profesii, păstrarea unor relaţii) sau persoane (părinţi, profesori, parteneri de viaţă) care încearcă să canalizeze dezvoltarea individului pe anumite direcţii acceptabile social, dar care sunt incompatibile cu dorinţele şi tendinţele naturale ale acestuia. Astfel, persoana îşi pierde conştiinţa propriei unicităţi şi valori, iar potenţialul său de creştere se reduce. Terapia îşi propune să aducă clientul în contact cu ceea ce-i este foarte caracteristic (cu propriul sine) şi să-l ajute să ia decizii conştiente pe baza nevoilor personale şi ţinând cât mai puţin seama de constrângerile exterioare. Pentru aceasta, individul este încurajat să-şi exploreze cu atenţie şi îngăduinţă gândurile, sentimentele, atitudinile, trăirile şi să le exprime, oricât ar părea ele de contradictorii, neconvenţionale, absurde sau inacceptabile. Climatul psihologic necesar unui astfel de demers este unul în care clientul să se simtă acceptat necondiţionat de către terapeut, respectat, înţeles şi valorizat ca persoană, indiferent de ce spune sau face. Terapia rogersiană este caracterizată printr-o atitudine permisivă şi caldă, printr-un dialog liber între terapeut şi client, lipsit de judecăţi, evaluări critice şi interpretări. În felul acesta, psihoterapeutul îi asigură celui din faţa sa starea de confort şi de siguranţă necesară pentru a-şi descoperi ideile şi trăirile reale şi pentru a le accepta ca părţi ale propriului eu, chiar dacă la un moment dat le-a respins considerându-le „incorecte", „urâte" sau „ruşinoase".

În privinţa aplicabilităţii psihoterapiei nondirective, majoritatea terapeuţilor consideră că poate fi utilizată integral doar în cazul unor pacienţi. Studiile clinice au arătat că ea se dovedeşte eficientă mai ales

Universitatea SPIRU HARET

pentru subiecții relativ normali, care sunt motivați să discute despre problemele lor şi au capacități bune de verbalizare (persoane cu acuze nevrotiforme, cu probleme relaționale, tineri cu probleme de dezvoltare ș.a.). Pentru persoane care nu au solicitat voluntar terapie, pentru persoane serios perturbate (mai ales pacienți psihotici) sau incapabili să-şi discute sentimentele (persoane cu retard mintal, vârstnici, persoane cu blocaje emoționale puternice ș.a.), este indicată, mai degrabă, utilizarea altor metode terapeutice, mai directive. În prezent, mulți terapeuți apelează la tehnicile rogersiene pe parcursul anumitor şedințe, combinându-le cu alte metode în cadrul unui demers eclectic. Practica a arătat, de asemenea, că stilul rogersian de abordare a clientului este indicat mai ales în cadrul şedințelor inițiale, pentru crearea unui climat de încredere şi pentru înțelegerea cât mai corectă a problematicii clientului, precum şi în situațiile de mare încărcătură emoțională, când persoana în suferință are nevoie de sprijin, de înțelegere şi acceptare necondiționată.

VI.2.2. *Relația terapeutică rogersiană şi tehnici utilizate în terapia centrată pe client*

Procesul terapeutic, aşa cum este conceput de **Carl Rogers**, este rezultatul îmbinării a doi factori esențiali:

1. *atitudinea terapeutului*, de acceptare pozitivă necondiționată a clientului cu care lucrează. Pentru a avea efect terapeutic este esențial ca această atitudine să fie sinceră, autentică şi, deci, să reprezinte expresia unei concepții profund umaniste şi pozitive a terapeutului despre om şi natura relațiilor umane;

2. *ansamblul de tehnici* care permit exercitarea unei astfel de atitudini. Acestea se pretează la observație, înregistrare şi pot fi învățate (Rogers a fost, de altfel, primul psihoterapeut care a făcut înregistrări ale şedințelor de terapie, permițând astfel studierea şi analizarea lor).

Terapia rogersiană este o terapie „centrată pe client" pentru că întâlnirea terapeutică se focalizează pe cadrul de referință intern al acestuia, adică pe: problemele, sentimentele, percepțiile, atitudinile şi scopurile sale. Terapeutul încearcă înțelegerea într-o cât mai mare măsură a modului personal în care îşi priveşte clientul experiențele, renunțând la raportarea la orice alt sistem extern de referință. Pentru aceasta, terapeutul non-directiv nu face niciodată interpretări (deoarece ele țin de un cadru de referință exterior), nu emite judecăți, nu dă răspunsuri sau sfaturi

Universitatea SPIRU HARET

(care presupun dirijarea clientului către o anumită direcție) și nici nu utilizează alte tehnici, cum ar fi cele psihodramatice, gestaltiste, bioenergetice etc. (care tind să pună terapeutul în rolul de expert, diminuând contribuția clientului). În cursul dialogului terapeutic, clientului i se acordă un maxim de autonomie și independență, considerându-se că acesta are o capacitate spontană de evoluție și permițându-i-se astfel să se manifeste și să se dezvolte responsabil. La prima vedere, conduita terapeutului față de client poate fi descrisă ca inactivă. Aceasta înseamnă că nu face decât să asculte cu atenție și cu o atitudine de acceptare ceea ce spune clientul. Nu-l întrerupe pe acesta decât pentru a verifica dacă și-a format o imagine corectă a experienței relatate, pentru a reformula cu alte cuvinte spusele clientului și pentru a-i da un feed-back despre ceea ce crede el că sunt sentimentele sau gândurile acestuia. Aparent, o astfel de conduită terapeutică pare facilă și nonimplicantă. În realitate însă, nu este vorba de inactivitate, ci de absența unei activități intervenționale. De fapt, terapeutul rogersian este permanent atent să faciliteze procesul de dezvoltare naturală a clientului, fără a-l influența sau deranja în vreun fel. Din acest punct de vedere terapia non-directivă poate fi caracterizată ca un proces de cataliză, spre deosebire de tipurile de abordare analitice.

Intervențiile terapeutului de factură rogersiană implică două categorii principale de *răspunsuri* la relatarea clientului:

1. *clarificarea sentimentelor*, adică răspunsuri prin care terapeutul sintetizează sau explicitează într-o formă mai clară sentimentele exprimate, direct sau indirect, de client;

2. *reformularea conținuturilor,* adică răspunsuri prin care terapeutul redenumește aspectele cognitive sau intelectuale din ceea ce clientul a exprimat, explicit sau implicit.

Ambele tipuri de răspunsuri sunt de natură să-l ajute pe client să-și clarifice sentimentele și ideile pe care le explorează, să le conștientizeze și să le privească dintr-un alt unghi. Prin ele, clientul obține beneficii în trei direcții principale:

a) are ocazia de a constata modul în care este perceput de terapeut și îl poate aproba sau corecta pe acesta (dacă a înțeles greșit unele aspecte);

b) dacă răspunsurile sunt corect formulate, clientul simte că terapeutul empatizează cu el, ceea ce îi creează o stare de confort, îl ajută să se simtă acceptat, încurajat;

c) răspunsurile terapeutice, fiind o reflectare a spuselor clientului, îl ajută pe acesta din urmă să se înțeleagă mai bine pe sine și problemele sale.

Universitatea SPIRU HARET

Diferența majoră dintre cele două tipuri de răspunsuri constă în aceea că fiecare se focalizează pe aspecte distincte: clarificarea sentimentelor se centrează pe emoțiile, pe sentimentele prezente. În schimb, reformularea conținuturilor se opreşte asupra ideilor, folosind alte cuvinte decât cele utilizate de client pentru a elimina confuziile şi a aduce mai multă lumină în cadrul afirmațiilor care îi descriu problemele. Dat fiind faptul că în terapia centrată pe client accentul se pune pe partea emoțională, clarificarea sentimentelor este considerată ca intervenție prioritară.

Din punct de vedere tehnic, în terapia non-directivă sunt utilizate următoarele modalități de susținere a dialogului*: tehnici de reflectare, tehnici de reformulare, tehnici de deschidere, tehnici de ascultare activă*.

1. **Tehnicile de reflectare** sunt tehnici care presupun păstrarea cât mai exactă a limbajului clientului. Constau în repetarea fidelă a spuselor acestuia, dar pe un alt ton, menit să accentueze aspecte trecute de el cu vederea sau să aducă la dimensiuni mai apropiate de realitate perspectiva pe care şi-a format-o asupra propriilor probleme. Pot lua forma:

• *repetiției-ecou* – terapeutul reia, ca un ecou, o parte din spusele clientului, eventual accentuând acea parte a mesajului care este semnificativă;

• *repetiției pe alt ton* – cel mai adesea cu o nuanță de umor neagresiv, în ideea de a decatastrofiza perspectiva asupra evenimentului povestit;

• *amplificării* – terapeutul reia amplificând spusele clientului, ceea ce poate duce la un efect paradoxal, de readucere a situației la dimensiunile reale.

2. **Tehnicile de reformulare** presupun utilizarea altor cuvinte şi expresii decât cele utilizate de client, rămânând însă permanent în contact cu sistemul acestuia de referință. Pot fi utilizate formulări de genul „Tu eşti supărat pe…", „Tu simți că…", „Ție ți se pare că…", „Tu te învinovățeşti pentru…" ş.a., care evidențiază faptul că doar aprecierea clientului asupra situației contează cu adevărat, dincolo de orice sisteme externe de referință. Prin reformulări accentul se pune pe pozitivarea imaginii clientului şi pe scoaterea în evidență a esențialului care uneori îi scapă sau este perceput distorsionat. Ele îmbracă, de asemenea, mai multe forme:

• *reformulare prin inversiunea raportului figură-fond* - terapeutul reia relatarea clientului punând accent însă pe aspecte pe care acesta le-a

Universitatea SPIRU HARET

tratat ca nesemnificative; îi oferă astfel o nouă viziune asupra ansamblului, fără a adăuga sau omite ceva din detaliile oferite de subiect;

• *reformulare sinteză* – constă în selectarea din relatarea clientului a ideilor esențiale şi sintetizarea lor în forma unor cuvinte sau formule-cheie, cu rol revelator pentru subiect;

• *reformulare clarificatoare* – terapeutul pune în cuvinte ceea ce clientul a simțit, dar nu poate exprima, verificând imediat dacă formularea sa coincide cu trăirea acestuia.

3. **Tehnicile de deschidere** sunt utilizate mai ales atunci când intervin blocaje în dialogul terapeutic. Clientul este încurajat şi stimulat să continue prin formulări neutre de genul: „Deci…", „Și atunci….", „Aşadar…." etc. De asemenea, pot fi utilizate întrebări de genul: „Ce simți acum?" sau „Ce crezi acum în legătură cu asta?" care-i permit clientului să-şi exprime trăirile şi ideile personale, rămânând focalizat pe prezent, pe situația de aici şi acum.

4. **Tehnicile de ascultare activă** constau în utilizarea de către terapeut a mimicii, posturii, privirii, micro-mişcărilor pentru a susține şi încuraja nonverbal relatarea clientului. El utilizează conştient limbajul corporal pentru a-i transmite celui din fața sa interesul şi acceptarea necondiționată a spuselor şi a persoanei sale. (Apud. **Iolanda Mitrofan**, *Orientarea experiențială în psihoterapie*, Ed. SPER, 2000, p.33-34)

Psihoterapia centrată pe client a pus bazele unei multitudini de terapii orientate umanist, care au adăugat la forma originară diverse tehnici prin care terapeutul, în afara simplelor reflecții şi clarificări, îl poate ajuta pe client să-şi descopere eul integral. În ultimii ani, de pildă, practicienii care lucrează în manieră rogersiană au îmbogățit modul de abordare a clientului, în sensul unei interacțiuni mai directe, mai provocative cu acesta şi al unei mai mari dezvăluiri a terapeutului. Ideea de bază este că impresiile şi sentimentele pe care clientul le trezeşte în terapeut pot fi importante. Comunicarea lor clientului, fără a face interpretări şi fără a le impune ca adevăruri absolute, l-ar putea stimula mai mult pe acesta pentru a se autoexplora. Este esențial, însă, ca terapeutul să sublinieze că este vorba de reacțiile sale personale, că ele țin de anumite comportamente concrete şi nu de persoana clientului şi să se centreze pe reacția clientului la această provocare.

Universitatea SPIRU HARET

VI.3. **Psihodrama clasică morenianã**

VI.3.1. *Fundamentare teoretică*

În contextul psihologiei, numele lui **Jacob Levi Moreno** (1889-1974) are o rezonanță deosebită, fiind asociat cu contribuții fundamentale în acest domeniu: *psihodrama* şi *sociometria.* Le-a creat şi dezvoltat în aproape şaizeci de ani de activitate în câmpul social, clinic, educativ, inițial în Viena şi apoi, din 1925, în SUA. Moreno este considerat drept unul dintre primii terapeuți orientați acțional, creator al unor metode de analiză sociologică şi de diagnoză psihologică a grupurilor, părinte al terapiei de grup şi al abordărilor maritale, pionier în tratamentul psihozelor. Primele sale lucrări despre psihodramă apar în 1946, iar după moartea sa (1974) o are drept continuator activ pe soția şi colaboratoarea sa **Zerka Toeman Moreno** – actualmente liderul mondial al psihodramei.

În contextul psiho-social al începutului de secol XX, în care psihoterapia era dominată de psihanaliză şi de figura lui **Freud, Moreno** a reprezentat o prezență charismatică şi inovatoare. Fascinat de valențele cathartice şi terapeutice ale reprezentației dramatice, el vedea în teatru lumea care deblochează spontaneitatea, care permite exprimarea, intercunoaşterea şi comunicarea nu numai la nivel verbal, ci şi prin corporalitate. Acțiunea teatrală este totodată şi modalitatea ideală pentru a întrupa, a pune în act şi a lua contact cu fantasmele intrapsihice, care capătă pe scenă forme concrete.

Moreno şi-a început cariera prin a da viață unui teatru improvizat, numit „teatrul spontaneității". Aici o trupă de actori puneau în scenă piese ad-hoc, pe teme sugerate de public sau după întâmplări scoase din ziare. Scenografia era stabilită şi aranjată pe loc, iar publicul era invitat să interacționeze liber cu actorii. De la această primă formă de stimulare a spontaneității, creativității şi colaborării între participanții la improvizația scenică, **Moreno** a dezvoltat ulterior teatrul terapeutic sau aşa-numita psihodramă, ca modalitate de intervenție psihoterapeutică. În psihodramă nu se mai folosesc actori, ci pacienții înşişi sunt cei care îşi pun în scenă propriile conflicte şi joacă diferitele roluri. Aceasta le permite să intre în contact nemijlocit cu realitatea lor interioară, să capete distanță față de ea şi să câştige noi perspective. În plus, folosirea în psihodramă a acțiunii (spre deosebire de formele clasice de psihoterapie care utilizează prin excelență cuvântul) produce mobilizarea participanților, stimulează flexibilitatea şi conduce la depăşirea stereotipiilor şi a repetării de patternuri rigide de gândire şi de comportament. Tehnicile

Universitatea SPIRU HARET

de acest tip pot fi adaptate şi folosite eficient şi în terapia individuală, dar psihodrama propusă de **Moreno** rămâne prin excelenţă o modalitate de lucru în grup. Ea se bazează pe ideea importanţei centrale a relaţiilor interumane în dezvoltarea şi buna funcţionare a lumii intrapsihice. De aceea, în grupul psihodramatic se lucrează atât asupra legăturilor prezente, existente între participanţi, cât şi asupra lumii relaţionale pe care o aduce cu sine fiecare dintre membrii grupului (relaţii trecute sau prezente, posibile sau imaginate cu cei din familie, prieteni, necunoscuţi, iubiţi, colegi etc.). Termenul utilizat pentru descrierea activităţii desfăşurate în acest context este cel de *semirealitate* sau *plusrealitate*. Aceasta înseamnă că, pe de o parte, ceea ce se petrece în spaţiul scenic are consistenţă, este real pentru că se întâmplă aici şi acum, în prezenţa celor din grup. Pe de altă parte, reprezentaţia psihodramatică are un caracter special, nu face parte din viaţa curentă, obişnuită, este diferită de cotidian. Ea reprezintă o manieră apropiată de joc pentru a aborda diverse probleme, manieră care permite modificări, exagerări sau minimalizări, încercări imposibile sau improbabile în viaţa reală.

Conceptele cheie utilizate de **Moreno** pentru a explica scopul şi modul de utilizare ale psihodramei clasice sunt cele de: *spontaneitate, creativitate, întâlnire*.

Spontaneitatea reprezintă o tendinţă naturală a fiinţei umane. Prin spontaneitate conţinuturile noastre mentale (idei, imagini, dorinţe, fantasme etc.) tind să se organizeze în forme adaptate fie nevoilor interioare, fie cerinţelor realităţii. Spontaneitatea este legată de ideea de nou şi de cea de adecvare, în sensul că individul aflat în stare de spontaneitate este capabil să ofere răspunsuri adaptative la situaţii inedite, cu care se întâlneşte prima oară şi să găsească răspunsuri noi şi adecvate la situaţii familiare. Reacţiile noi cu orice preţ, dar inadecvate cerinţelor realităţii nu ţin de spontaneitate. Spontaneitatea se află într-un raport de inversă proporţionalitate cu anxietatea (cu cât spontaneitatea are mai mult spaţiu liber de manifestare, cu atât anxietatea se reduce; cu cât spontaneitatea scade, cu atât anxietatea creşte, iar pierderea totală a spontaneităţii conduce la instalarea atacului de panică). Demersul psihodramatic îşi propune tocmai activarea spontaneităţii şi reducerea anxietăţii. Pentru a se actualiza, spontaneitatea are nevoie de un mediu facilitator care se realizează prin întâlnirea empatică cu ceilalţi. Studioul de psihodramă îşi propune să asigure un astfel de spaţiu securizant, conţinător, destinat să menţină anxietatea la niveluri care să nu declanşeze răspunsuri defensive rigide, ci să-i permită individului să iasă din situaţia

Universitatea SPIRU HARET

veche, blocantă şi să caute răspunsuri noi. Spontaneitatea este o stare interioară (care se schimbă continuu) care pune individul în condiția de a-şi folosi propriile înzestrări de creativitate.[1]

Creativitatea este definită ca o potențialitate legată de genotip, căreia spontaneitatea îi dă viață şi conținut. Potențialul creativ diferă de la o persoană la alta. Nu toți cei aflați în stare de spontaneitate pot fi la fel de creativi, după cum fără creativitate, spontaneitatea rămâne goală şi sterilă. Spontaneitatea poate fi indusă, stimulată şi facilitată în mod conştient (ceea ce îşi propune activitatea psihodramatică), în timp ce creativitatea poate fi doar constatată, verificată. De aceea, intervenția terapeutică asupra unui individ constă în a-i facilita o stare de spontaneitate capabilă să declanşeze un proces de autoorganizare creativă. Prin activarea resurselor creative interioare, individul devine capabil să găsească soluții noi, originale la situații vechi, la prima vedere imposibil de modificat.

Întâlnirea este un concept care se referă la situațiile interpersonale considerate drept agenți primari pentru dezvoltarea personalității. Situația grupului psihodramatic îi oferă individului ocazia întâlnirii atât cu terapeutul (directorul de psihodramă) care îl conduce şi îl acompaniază în explorarea şi restructurarea lumii sale interioare, cât şi cu ceilalți membrii ai grupului cu care trăieşte o experiență reciprocă, cărora le împărtăşeşte şi de la care primeşte înțelegere şi susținere.

[1] **Moreno** a fost atras încă din tinerețe de lucrul cu copiii, pe care i-a văzut ca exemple de manifestare liberă a spontaneității, cu condiția de a fi susținuți empatic şi de a li se transmite un sentiment de încredere de către adulții din jur. "Când privesc un copil îl văd reacționând prin DA, DA, DA. Copiii nu au nevoie să învețe să spună DA. A fi născut este un DA. În ei vezi spontaneitatea în forma sa activă. În principiu, copilul nu vede bariere între obiecte, nici limite de distanță, nici rezistențe, nici interdicții. Dar, îndată ce obiectele încep să îi împiedice mişcarea şi persoanele din jur îi spun NU, NU, NU, începe faza reactivă, care continuă cu anxietate crescândă, frică, tensiune şi circumspecție", afirma **Moreno** (*The Autobiography of J.L.Moreno* în *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry,* vol 42, n.1-2, Heldref Publications, Washington, 1989). Spontaneitatea este cultivată de părintele încurajator, în schimb, este înghețată de părintele negativist. În elaborarea teoriei şi metodei psihodramatice **Moreno** va atribui terapeutului o funcție analoagă celei a unui părinte adecvat.

Universitatea SPIRU HARET

Valoarea terapeutică a întâlnirii stă în relaţiile interpersonale empatice ce se stabilesc între terapeut şi client, pe de o parte, şi între membrii grupului, pe de alta, relaţii care facilitează apariţia unei stări de spontaneitate şi stimulează creativitatea.

VI.3.2. *Instrumente metodologice şi tehnici psihodramatice*

Metoda psihodramatică este inspirată din reprezentaţia teatrală în sensul că foloseşte impactul pe care îl are montarea scenică, interpretarea rolurilor, concretizarea prin joc a ideilor şi fantasmelor asupra lumii psihice a participanţilor. Pentru a folosi aceste resurse în terapie, şedinţele psihodramatice se desfăşoară într-un loc special amenajat, numit *studio de psihodramă*, izolat fonic şi luminos pentru a evita eventualele perturbări nedorite în timpul activităţii terapeutice. Studioul este prevăzut cu o scenă, un spaţiu pentru public, cu recuzită (obiecte care pot fi folosite pentru amenajarea scenei: scaune, mese, eşarfe, beţe, perne, saltele, mingi, eventual un casetofon pentru fundalul sonor etc.) şi un sistem de iluminat care să permită reglarea intensităţii şi culorii luminii în funcţie de momentul zilei care se reprezintă pe scenă.

În cadrul acestui *setting* terapeutic specific, **J.L. Moreno** descrie cinci instrumente metodologice fundamentale ale lucrului psihodramatic: *scena, directorul (terapeutul psihodramatist), protagonistul, eurile auxiliare şi auditoriul.*

Scena reprezintă locul în care persoanele interacţionează cu ceilalţi membri ai grupului, vin în contact unii cu alţii, comunică, au ocazia să se mişte, să acţioneze, să se exprime în funcţie de instructajul directorului de psihodramă. Este un spaţiu suficient de încăpător, confortabil, acoperit cu o mochetă curată, astfel încât participanţii la grup să se poată aşeza pe jos. Are formă circulară pentru a asigura poziţii de egalitate tuturor membrilor grupului. În timpul lucrului cu protagonistul, scena este spaţiul în care acesta îşi exteriorizează conţinuturile mentale prin punerea lor în scenă cu ajutorul recuzitei şi al eurilor auxiliare. În acest interval de lucru, membrii grupului care nu au fost aleşi ca euri auxiliare se retrag în afara scenei, în auditoriu, de unde asistă la reprezentaţia psihodramatică. Pentru a-i permite protagonistului să-şi reactualizeze cât mai veridic ideile, imaginile, fanteziile şi pentru a fi adecvat amenajată, scena beneficiază de diverse obiecte care pot servi ca repere spaţiale (recuzita din care, de exemplu, o saltea poate fi folosită ca pat, ca paravan, ca munte, ca plută etc.; un băţ poate figura o uşă, un toiag, o sabie, un tablou etc.), de posibilităţi de reglare a fundalului

Universitatea SPIRU HARET

sonor şi a luminii. De asemenea, există un balcon cu vedere asupra scenei, din care protagonistul are posibilitatea unei viziuni de ansamblu, detaşată, dintr-un alt unghi asupra scenei şi a întâmplărilor derulate acolo. Scena, ca spaţiu al semirealităţii, îi permite persoanei să retrăiască momente de suferinţă sau de bucurie, să se confrunte cu personaje înfricoşătoare sau cu fiinţe dragi, să evoce sentimente şi comportamente din trecut sau să experimenteze trăiri şi conduite noi, să joace roluri arhicunoscute sau inedite, să călătorească în trecut, în prezent sau în viitor, în lumea reală sau pe tărâmul fanteziei, în oraşul natal sau în cel mai îndepărtat colţ de lume. Toate aceste posibilităţi îi permit subiectului să experimenteze o multitudine de poziţii, de roluri spontane care-l mobilizează, îl flexibilizează şi permit o restructurare a lumii sale psihice.

Directorul (terapeutul psihodramatist) este un terapeut calificat în metodologia psihodramatică, care conduce sesiunea de psihodramă în toate etapele ei. El propune grupului diverse tipuri de activităţi (pentru a-i încălzi pe participanţi, a le debloca spontaneitatea şi a crea o atmosferă propice lucrului în grup), asigură derularea etapelor specifice şedinţelor psihodramatice, iar în timpul lucrului cu protagonistul este conducătorul terapiei. Încă din momentul intrării în contact cu protagonistul, terapeutul îl ajută pe acesta să decidă asupra materialului psihic ce va fi examinat şi pus în scenă. Apoi, el discerne din multitudinea de informaţii şi de căi posibile de explorare pe cele mai semnificative pentru subiect şi care să-l scoată pe acesta din scenariile stereotipe. Interpretările făcute de directorul de psihodramă nu sunt directe, ci sunt oferite prin intermediul acţiunii. Strategia terapeutică presupune propunerea de către director a unei succesiuni de secvenţe care să capete sens pentru protagonist, să-i permită acestuia să intre în contact cu sentimentele sale şi să şi le clarifice, să descopere noi modalităţi de a privi şi de a înţelege situaţii sau relaţii cu care se confruntă şi să exerseze roluri şi comportamente noi. Directorul este o prezenţă activă, directivă, disponibilă, pe care protagonistul se sprijină în explorarea lumii sale interioare şi cu ajutorul căruia ajunge la o reaşezare, mai adaptativă, a conţinuturilor sale mentale.

Protagonistul este acel membru al grupului care este ales în timpul şedinţei psihodramatice pentru a reprezenta pe scenă un aspect al lumii sale interioare. Acesta poate fi o întâmplare din viaţa cotidiană, o amintire, un vis, o fantezie, o stare emoţională dominantă într-un anumit moment al vieţii, o dorinţă, relaţia cu una sau mai multe persoane, o halucinaţie (în cazul pacienţilor psihotici) etc. Alegerea protagonistului

Universitatea SPIRU HARET

se face fie de către colegii de grup (de exemplu, fiecare membru al grupului se aşează în spatele persoanei cu care a rezonat şi pe care ar dori să o vadă ca protagonist), fie de către director (cu acordul grupului), fie prin autopropunere (cei care doresc să fie protagonişti se oferă şi, eventual, se alege între ei în urma unei discuţii deschise). Pentru ca reprezentaţia psihodramatică să fie eficientă, protagonistul are nevoie de un bun nivel de încălzire care să-i deblocheze spontaneitatea şi să-l facă să se simtă în siguranţă în mijlocul grupului. Astfel, va reuşi să se exprime liber şi sincer pe scenă şi va avea ocazia să se confrunte cu experienţele anxiogene, fiind ghidat în acest periplu de către director. De asemenea, el beneficiază de prezenţa suportivă a colegilor de grup (auditoriul), iar dintre aceştia îi alege pe cei care să interpreteze rolurile diferitelor personaje din psihodrama sa (eurile auxiliare). Prezenţa eurilor auxiliare ca persoane în carne şi oase cu care interacţionează, existenţa recuzitei care permite crearea atmosferei potrivite reprezentaţiei, intervenţiile directorului care susţin semirealitatea psihodramatică dau protagonistului senzaţia de veridicitate şi-i permit să se manifeste autentic pe scenă. Intrând în contact direct, concret cu o parte din lumea sa interioară, care a căpătat viaţă şi consistenţă pe scenă, acesta poate descoperi şi corija acele moduri de funcţionare mentală inadecvate, care-i produc o stare de disconfort psihic. Mai mult, are posibilitatea de a exersa într-un mediu securizant comportamente noi, conforme cu o nouă viziune asupra vieţii şi asupra propriei persoane.

Eurile auxiliare sunt membrii ai grupului aleşi de protagonist pentru a întruchipa pe scenă personajele din reprezentaţia sa. Ele pot încarna persoane reale din viaţa acestuia (mamă, şef, soţ, prieten etc.), fantasme ale lumii sale interioare (apariţii din vis, personaje din basme etc.) sau chiar animale ori obiecte semnificative pentru subiect (căţelul din copilărie, biblioteca din sufrageria familiei, cadoul primit la aniversarea căsătoriei etc.). Uneori eul auxiliar poate întrupa un personaj generic (vecina, poliţistul, barmanul etc. – persoane pe care protagonistul nu le cunoaşte personal, dar care fac parte şi sunt importante în situaţia reprezentată pe scenă), un personaj colectiv (colegii de serviciu, colectivul de profesori, gaşca de prieteni etc. - o categorie de persoane importante pentru protagonist şi care, în situaţia reprezentată psihodramatic, funcţionează ca un întreg) sau un concept abstract (societate, dreptate, raţiune, teamă etc. - care populează lumea interioară a protagonistului şi au ocazia să fie concretizate pe scenă). Eurile auxiliare nu sunt actori veniţi din afara grupului de psihodramă. Ei sunt aleşi de

Universitatea SPIRU HARET

protagonist din cadrul grupului, în funcție de felul în care caracteristicile lor (aspect fizic, trăsături de personalitate sau caracteriale, credințe, gesturi ş.a.) rezonează cu ceva din lumea internă a protagonistului. Eul auxiliar nu se comportă ca un actor care interpretează fidel un scenariu, fiind obligat să repete întocmai vorbele protagonistului (ceea ce uneori nici nu este posibil), ci el esențializează elementele definitorii propriului rol din descrierea, replicile, postura, mişcările creionate de protagonist. În cazul lucrului cu un grup de pacienți psihotici sau cu copii se utilizează *euri auxiliare profesioniste*, adică persoane calificate care au urmat cursurile şcolii de psihodramă şi îl pot acompania pe director în asistarea acestor pacienți. Necesitatea eului auxiliar profesionist derivă din faptul că copiii de vârste mici sau persoanele cu perturbări psihice grave au mari dificultăți în a comunica ce se petrece în interiorul şi în jurul lor. În aceste cazuri, eul auxiliar poate îndeplini funcția de dublu, exprimând în locul protagonistului sentimente, trăiri, idei cu care acesta se confruntă.[2] Un tip special de eu auxiliar este *Alter ego-ul*, respectiv persoana care interpretează rolul protagonistului pe scenă (în secvențele în care protagonistul se află în inversiune de rol cu alte personaje, acționând ca şi cum ar fi în pielea acestora, sau când priveşte din balcon o scenă în care rolul său este jucat de *Alter ego* alături de celelalte personaje).

Auditoriul este un termen cu dublă semnificație. Pe de o parte, denumeşte spațiul studioului de psihodramă situat în afara scenei. Pe de altă parte, auditoriul desemnează totalitatea membrilor grupului, care, după ce este ales protagonistul, se retrag din spațiul scenei. Din rândul auditoriului protagonistul alege eurile auxiliare şi *Alter ego*-ul, iar restul membrilor grupului rămâne ca un public care asistă la evenimentele derulate. Participanții care nu sunt implicați direct în reprezentația psihodramatică pot interveni din afara scenei ca o portavoce a lumii

[2] Pregătirea directorilor de psihodramă şi a eurilor auxiliare profesioniste se face în cadrul şcolilor de psihodramă, care combină pregătirea teoretică cu lucrul personal în grupurile de formare. Ca studenți, ei au ocazia să fie protagoniştii propriilor psihodrame şi să fie euri auxiliare în reprezentațiile colegilor. Pe lângă însuşirea abilităților tehnice de lucru psihodramatic, formarea presupune explorarea şi integrarea într-o formă adaptativă a propriilor conținuturi intrapsihice, cunoaşterea şi rezolvarea propriilor vulnerabilități, dezvoltarea spontaneității şi lărgirea repertoriului de roluri. Scopul unui astfel de demers este reducerea probabilității ca directorul sau eul auxiliar profesionist să întâlnească aspecte ale psihodramei pacientului care să atingă puncte sensibile ale lumii sale interioare.

Universitatea SPIRU HARET

exterioare concrete, a opiniei publice, iar la finalul sesiunii au ocazia să îi împărtăşească protagonistului trăirile provocate de scena urmărită. Prin rezonanţă cu situaţiile la care asistă, emoţiile privitorilor pot fi foarte intense, ajungând uneori până la aşa-numitul catharsis de grup cu efect de descărcare şi clarificare a propriilor gânduri, sentimente, nevoi. Este important ca membrii grupului din auditoriu să fie păstraţi în contact permanent cu evenimentele de pe scenă şi la un nivel de încălzire care să le permită să poată interveni ori de câte ori directorul sau protagonistul îi solicită.

O sesiune terapeutică de psihodramă clasică presupune trei momente principale:

– *încălzirea* (în timpul căreia se lucrează cu întregul grup şi se creează condiţiile pentru alegerea protagonistului);

– *lucrul cu protagonistul* (când protagonistul, sub îndrumarea terapeutului, foloseşte eurile auxiliare şi recuzita pentru a pune în scenă şi a elabora un aspect al lumii sale interioare);

– *participarea auditoriului* (la finalul şedinţei de grup, ceilalţi participanţi îi împărtăşesc protagonistului trăirile şi experienţele pe care le-au evocat în ei cele întâmplate pe scenă).

Activitatea psihodramatică presupune, pe lângă sesiunile clasice, în care se lucrează după acest model (cu protagonist), şi sesiuni în care predomină activităţile de grup, destinate creşterii coeziunii între participanţi, conturării şi clarificării relaţiilor şi a dinamicii de grup, stimulării spontaneităţii, intercunoaşterii şi încrederii reciproce.

În psihodramă se pot utiliza diverse tehnici, destinate unor scopuri diferite: clarificării sentimentelor protagonistului (dublul, amplificarea, concretizarea, solilocviul), conştientizarea propriului comportament (inversiunea de rol, oglinda, feed-backul colegilor de grup), clarificarea obiectivelor şi valorilor personale (proiecţia în viitor, jocul de rol), probleme legate de procesele de grup (sociometria). Tehnicile de bază, cel mai frecvent utilizate în psihodramă, sunt:

1. **Inversiunea de rol** constă în a i se cere protagonistului să joace rolul altei persoane, să intre în pielea acelui personaj, să se identifice cu el pentru un interval de timp. De exemplu, în cazul lucrului cu o relaţie conflictuală, inversiunea de rol îi permite subiectului să treacă în locul celui cu care se confruntă şi să experimenteze felul de a gândi, de a simţi, de a se comporta al acestuia. În felul acesta poate înţelege mai bine cum este perceput de celălalt, care sunt punctele de vedere şi trăirile acestuia, eventual care sunt sursele care amorsează conflictul. Inversiunea de rol

Universitatea SPIRU HARET

este o tehnică eficientă mai ales pentru persoanele care se cunosc bine, care trăiesc de mult timp împreună, în relații intime, cum sunt cele de soț/soție, mamă/copil, soră/frate, iubit/iubită etc. În acest sens se poate dovedi eficientă şi în abordarea problemelor de cuplu sau de familie.

2. **Dublul** este tehnica prin care o altă persoană, identificându-se cu protagonistul, exprimă în cuvinte gândurile şi sentimentele acestuia. De exemplu, terapeutul sau un membru al grupului poate exprima (adică dubla) ceea ce acesta nu reuşeşte să pună în cuvinte. Dublul presupune o componentă interpretativă şi se foloseşte numai atunci când protagonistul nu reuşeşte să-şi exteriorizeze trăirile, să formuleze el însuşi o explicație sau o interpretare. Această tehnică poate stimula derularea acțiunii atunci când intervin momente de blocaj, are caracter suportiv (îi dă subiectului sentimentul că este văzut, ascultat, înțeles) şi încurajator (îl susține pe protagonist pentru a veni în contact cu părți din sine pe care le cunoaşte mai puțin şi pentru a se implica în acțiune). Terapeutul verifică dacă clientul resimte dublul nepotrivit cu propriile trăiri, caz în care el poate interveni, corectându-l.

3. **Oglinda** este acea tehnică prin care protagonistul priveşte din afară (ca un martor) o scenă în care el este implicat, rolul său în cadrul acestei scene fiind jucat de un alt membru al grupului (*Alter-ego*). Poate fi folosită în reprezentarea unor situații cu mare încărcătură afectivă (agresiune, deces), în care protagonistul nu suportă să joace el însuşi pe scenă şi are nevoie de o poziție „în afară" pentru a se simți în siguranță. Tehnica permite, de asemenea, subiectului să se vadă la un moment dat dintr-o altă perspectivă, dintr-o poziție mai detaşată, să-şi poată aprecia comportamentul şi din punctul de vedere al martorului, nu numai al celui care acționează.

4. **Solilocviul** constă în a-i solicita protagonistului să dea glas gândurilor, trăirilor pe care le experimentează în situații în care, de obicei nu se exprimă prin cuvinte şi nu interacționează cu un interlocutor (înainte de a intra în birou, înainte de culcare, în timpul unei ore de curs etc.). Solilocviul îi permite protagonistului o mai bună intrare în contact şi o clarificare a propriilor idei şi sentimente în diverse situații şi oferă directorului indicii importante pentru continuarea reprezentației scenice. Se poate utiliza, de exemplu, atunci când comportamentul verbal al subiectului exprimă ceva, în timp ce nonverbal se relevă conținuturi diferite (un răspuns politicos, aprobativ dat şefului care maschează de fapt furie, enervare, revoltă).

Universitatea SPIRU HARET

5. **Amplificarea** reprezintă tehnica prin care se accentuează în protagonist o emoție specifică (teamă, bucurie, mânie, tristețe, surprindere) şi care se foloseşte mai ales atunci când trările subiectului sunt neclare, confuze iar contextul emoțional este ambiguu, nediferențiat. Pentru a contura o trăire emoțională, se poate utiliza şi amplificarea stimulilor externi de natură să o genereze şi să o întrețină. Scopul utilizării amplificării este producerea catharsis-ului şi generarea de noi comportamente în situația respectivă.

6. **Concretizarea** se utilizează pentru a da formă palpabilă conținuturilor lumii interioare a protagonistului, care astfel devin perceptibile şi se poate acționa asupra lor. Pentru concretizare se pot folosi obiecte din recuzită, persoane din grup (ca euri auxiliare), posturi şi gesturi (ale protagonistului şi ale eurilor auxiliare). În acest mod, protagonistul obiectivează şi dă formă concretă sentimentelor (de exemplu, încordare, ură, milă ş.a.), senzațiilor („stau ca pe ace", „mă presează toți, din toate părțile") sau conflictelor sale interioare (polarități ca: rațiune/afecțiune, inițiativă/teamă etc.), se poate raporta la ele, le poate simți fizic prezența şi are ocazia să reacționeze într-o formă clară, explicită.

7. **Proiecția în viitor** constă în punerea în scenă de către protagonist a unui moment din viitor în care să-şi reprezinte situația, dorințele, relațiile, nevoile din acel moment bine definit. Poate fi vorba de un viitor apropiat (câteva ore, zile, săptămâni) sau îndepărtat (ani, la o aniversare). Această deplasare în timp poate oferi repere, ancore protagonistului pentru realizarea proiectelor de viitor, îi poate clarifica anumite aspecte şi îi poate ocaziona descoperirea de puncte de vedere alternative asupra existenței sale.

8. **Jocul de rol** presupune ca subiectul să „se joace pe sine", să joace rolul unei alte persoane sau un rol generic o anumită perioadă de timp „ca şi cum" situația ar fi reală. Prin intermediul jocului de rol pot fi atinse mai multe obiective: psihodiagnostic (observând modul în care persoana joacă un rol, psihoterapeutul poate culege informații cu privire la natura şi gravitatea problemei acesteia, precum şi cu privire la modul în care clientul acționează, gândeşte sau simte), de instruire (urmărindu-i pe ceilalți cum joacă un rol, persoana poate învăța să abordeze diverse situații), de antrenament (angajându-se în jocul de rol, protagonistul poate obține un *insight* cu privire la el însuşi şi poate învăța să îşi controleze mai bine sentimentele, să îşi dezvolte noi abilități şi comportamente adaptative). Este tehnica prin care persoana poate fi antrenată

Universitatea SPIRU HARET

să funcţioneze mai eficient în rolurile sale reale, cotidiene (de student, de mamă, de prieten, de funcţionar etc.) sau pentru exersarea unor roluri dorite (de şef, de seducător), temute (de concediat, de divorţat etc.) ori respinse (de prostituată, de infractor etc.). În cadrul securizant din studioul de psihodramă, protagonistul poate intra astfel în contact cu diverse aspecte ale personalităţii sale necunoscute până atunci, reprimate sau necultivate (cu ghiduşia, cu agresivitatea, cu senzualitatea sa ş.a.m.d.)

VI. 4. **Psihoterapia existenţială**

VI.4.1. *Fundamentare teoretică*

Curentul existenţial a apărut atât ca reacţie la modelul freudian, cât şi din dorinţa de a aplica conceptele filosofice existenţiale la studiul dinamic al personalităţii. Originea acestei orientări terapeutice se află în existenţialismul filosofic european, în filosofia şi psihologia orientală, precum şi în psihologia umanistă. Problema centrală căreia îi răspunde psihoterapia existenţială este cea a întrebărilor legate de rostul şi sensul vieţii, o preocupare a umanităţii din toate timpurile, dar care în prezent pare să marcheze mai mult decât oricând omul modern. Problema sensului vieţii a fost întotdeauna dificil de înţeles dincolo de tendinţele specifice fiecărei culturi. Suzuki sugera contrastul existent între *atitudinea orientală* şi cea *occidentală* faţă de natură şi, implicit, faţă de viaţă. Orientalii sunt subiectivi, integrativi, sintetici şi încearcă să nu analizeze, să nu exploateze natura, ci să o experimenteze şi să se armonizeze cu ea. Vesticii sunt analitici, obiectivi şi încearcă să înţeleagă natura disecând-o şi apoi subjugând-o şi exploatând-o. Lumea occidentală a adoptat treptat, de-a lungul istoriei, un punct de vedere conform căruia ar exista un rezultat, un „punct" final către care trebuie îndreptate toate eforturile omeneşti. În contrapondere, lumea orientală nu a presupus niciodată că există un „scop" în viaţă sau că găsirea scopului ar fi o problemă de rezolvat. Esticii au considerat viaţa ca un mister de trăit; viaţa, pur şi simplu, se întâmplă, iar noi, pur şi simplu, se întâmplă să trecem prin ea. Este un punct de vedere preluat de psihoterapia existenţială în încercarea de a clarifica problema sensului vieţii. Uneori, preocuparea pentru atingerea unor scopuri propuse sau preluate prin imitare de la alţii, nu face decât să limiteze existenţa, să împiedice omul să se bucure de ceea ce are deja, de ceea ce îi oferă natura şi viaţa, să îşi irosească timpul şi energia. Terapia existenţială îşi propune să-l ajute pe om să-şi ajusteze o astfel de perspectivă restrictivă asupra lumii şi vieţii, să-l înveţe să se bucure de lucruri pe care de multe ori le ignoră sau le uită, să-l spijine în construirea unui mod de viaţă cât mai semnificativ şi autentic.

Universitatea SPIRU HARET

VI.4.2. *Preocupările ultime ale existenței – concept central al psihoterapiei existențiale în concepția lui Irvin Yalom*

Irvin Yalom este un continuator al tradiției existențiale, dar, având o formație eclectică, combină principiile acestei orientări cu idei şi propuneri metodologice din alte curente, elaborând o terapie complexă şi adecvată cerințelor omului societății contemporane. El definește psihoterapia existențială ca o abordare psihoterapeutică dinamică, ce se focalizează pe accesarea şi rezolvarea printr-un demers de profunzime a conflictelor intrapsihice inconştiente, generatoare de anxietate şi care perturbă funcționarea adaptativă a individului. Conform concepției existențiale, aceste conflicte interioare rezultă din întâlnirea cu *preocupările ultime* ale existenței: moartea, libertatea, izolarea, lipsa de sens.

Problematica morții se referă la conflictul dintre conştientizarea inevitabilității morții şi dorința de a fi nemuritor, de a continua viața la nesfârşit.

Moartea este o parte inextricabilă a vieții. Deşi adesea este privită ca un blestem, luarea ei în considerație de-a lungul existenței poate fi în măsură mai degrabă să ne îmbogățească, decât să ne împovăreze viața. Paradoxul existențial este că, deşi fizic moartea distruge omul, ideea de moarte îl poate salva de la o existență anostă, nesemnificativă. În viață există anumite *situații limită*, anumite „experiențe urgente" care pot deschide calea spre starea de conştientizare a perisabilității existenței. O situație limită este un eveniment, o întâmplare care determină confruntarea individului cu realitatea existențială (de exemplu, moartea unei persoane apropiate, o boală terminală, o tentativă suicidară, condiția de martor sau victimă a unui cataclism, accident etc.). În toate aceste situații, contactul cu moartea ocupă un loc esențial. Dacă această întâlnire este folosită în sens constructiv (ceea ce îşi propune psihoterapia), persoana poate ajunge să aprecieze cu adevărat darurile neprețuite ale existenței. De obicei, ceea ce *facem* sau ceea ce *putem* face sunt lucruri care alunecă în afara conştiinței noastre, fiind preocupați mai degrabă de ceea ce ne lipseşte sau ceea ce nu putem face, ori minimalizându-le din cauza preocupărilor şi temerilor legate de prestigiu, de mândrie. **Irvin Yalom**, care a lucrat mulți ani cu pacienți suferind de cancer în stadii terminale, relata: „*Am fost impresionat de felul în care mulți dintre ei au folosit situația de criză ca o oportunitate de schimbare. Este vorba de schimbări interioare care nu pot fi definite altfel decât drept creştere personală:*

• *o rearanjare a priorităților în viață: o trivializare a trivialului;*

Universitatea SPIRU HARET

• un sentiment de libertate: capacitatea de a alege să nu facă acele lucruri pe care nu vor, realmente, să le facă;

• un sentiment sporit al traiului în prezentul imediat, mai degrabă decât amânarea vieții până la pensionare sau un alt moment în viitor;

• o apreciere vie a faptelor obişnuite de viață: schimbarea anotimpurilor, vântul, căderea frunzelor, ultimul Crăciun ş.a.m.d.;

• o comunicare mai bună decât înainte de criză cu cei dragi;

• mai puține temeri interpersonale, mai puține preocupări legate de rejecție, o mai mare conştientizare a riscurilor decât înainte de criză."

Psihoterapia existențială afirmă că psihopatologia este rezultatul modului ineficient de a transcende moartea. În orice tulburare psihică, conflictul central este reprezentat de anxietatea existențială, primară față de moarte. Terapeutul existențialist vede simptomele clientului ca răspunsuri la această anxietate (care, în mod curent, înspăimântă) şi nu ca răspunsuri la evocarea unor traume sau situații stresante din trecut. Astfel, această abordare pune accent pe conştientizare, pe prezent şi pe alegere.

Problematica libertății derivă din confruntarea între conştientizarea lipsei de structură, de fundamentare a universului în care trăim (oricând se poate întâmpla ceva teribil – un război, un cataclism natural, un accident – care să răstoarne ordinea de acum a lucrurilor) şi dorința noastră de fundamentare şi organizare.

Este, adevărat că în viața de zi cu zi suntem condiționați de o mulțime de cerințe concrete. Dar, dincolo de aceste restricții, suntem liberi în sensul că alegem cum să reacționăm într-o situație, ce atitudine să adoptăm, dacă să fim curajoşi, stoici, fatalişti, vicleni sau panicați. Nu putem nega că mediul, bagajul genetic sau şansa joacă un rol semnificativ în viața fiecăruia. Se poate întâmpla ca o serie de condiții – cum ar fi un handicap fizic, educația inadecvată, probleme de sănătate etc. – să constituie piedici în găsirea unei slujbe sau a unui partener de viață, dar asta nu înseamnă că nu mai avem nici o responsabilitate (sau opțiune) în astfel de situații. Suntem în continuare responsabili pentru ceea ce facem cu handicapurile noastre; pentru atitudinea față de ele; pentru amărăciunea, furia sau depresia care acționează alături de condițiile nefavorabile concrete, contribuind astfel la înfrângerea noastră. Responsabilitatea pentru propria atitudine nu este totuna cu responsabilitatea pentru propriile *sentimente* (care nu pot fi modificate, dar pot fi acceptate), ci se referă la *poziția* față de propriile sentimente. Putem alege să trăim o viață plină de regrete amare; sau să găsim o cale de a ne depăşi handicapul, de a găsi un sens în viață, în ciuda lui.

Universitatea SPIRU HARET

Pornind de la aceste premise, sarcina terapeutului existențialist este de a identifica *coeficientul de adversitate real* (cum îl numea **Sartre**) şi de a-l ajuta pe pacient să reconstruiască ceea ce factorii externi nu pot altera. În acest scop el se va raporta permanent la ideea că pacientul este cel care şi-a creat propriul disconfort. *Nu* este vorba de întâmplare, de ghinion sau de o ereditate proastă care îl fac pacient să fie izolat, abuzat cronic sau insomniac. Este important ca un pacient care se simte constrâns de viață să fie ajutat să aprecieze în ce fel a contribuit el însuşi la această situație (alegând, de exemplu, să rămână căsătorit, şi nefericit.). Terapeutul are de descoperit *ce rol joacă clientul în propria sa dilemă*. Apoi sarcina sa este să găsească modalități de a–i comunica pacientului acest *insight*. Până când clientul nu realizează că el însuşi este cel careşi creează propriul disconfort, nu va fi motivat să se schimbe. De câte ori pacientul se lamentează în legătură cu situația sa de viață, principiul terapeutic general este de a-l întreba şi a-l ajuta să conştientizeze *cum a creat el această situație,* în ce fel este responsabil de ceea ce i se întâmplă. Schimbarea terapeutică presupune ca, în primul rând, clientul să-şi asume responsabilitatea şi apoi să treacă la acțiune într-un fel sau altul. De asemenea, terapeutul are sarcina de a-l ajuta pe pacient să realizeze nu numai că este responsabil pentru situația sa, dar şi că este *singurul* responsabil; nimeni altcineva nu poate schimba lumea pentru el. Pentru a debloca clientul, terapeutul poate apela la o serie de tehnici desemnate să-l ajute pe pacient să realizeze că:

• *Numai el poate schimba lumea pe care singur a creat-o* (Dacă eu, şi numai eu, mi-am creat propria lume, atunci numai eu pot să o schimb);

• *Schimbarea nu este periculoasă* (Terapeutul îl poate ajuta pe client, propunându-i să numească şi să identifice calamitățile pe care şi le imaginează în caz de schimbare, reducându-le, astfel, încărcătura anxiogenă);

• *Pentru a obține ceea ce vrea cu adevărat, trebuie să se schimbe* (A-l ajuta pe client să conştientizeze că fiecare decizie presupune renunțarea la ceva şi că orice decizie (inclusiv cea de a nu decide) satisface anumite nevoi – respectiv are anumite beneficii secundare)

• *Este capabil, are puterea să se schimbe* (A contracara confuzia şi incapacitatea clientului de a lua decizii, oferindu-i explicații de genul: „Te porți într-un anumit fel pentru că…", ceea ce creează treptat un sentiment de competență şi reprezintă primul pas către controlul fenomenului respectiv).

Universitatea SPIRU HARET

Problematica izolării ține de tensiunea dintre conştientizarea singurătății noastre existențiale (de fapt, fiecare dintre noi intră în viață singur şi trebuie să iasă singur) şi dorința noastră de contact, de protecție, de a fi parte a unui întreg mai mare.

De obicei, ne înconjurăm şi ne simțim „acasă" într-o lume stabilă, formată din obiecte şi instituții familiare, o lume în care toate lucrurile şi ființele sunt interconectate, în care avem roluri precise, valori, reguli, norme morale. În felul acesta, spaima primordială a izolării şi vidului este îngropată, redusă la tăcere şi apare la suprafață doar rareori, în izbucniri scurte, în timpul coşmarurilor sau al viziunilor. Totuşi, există unele momente în timpul cărora individul este singur, pierde brusc reperele de fiecare zi ceea ce produce un sentiment ciudat – de a nu fi „acasă" în lume. De exemplu, excursionistul care pierde poteca, schiorul care dintr-o dată se trezeşte că a ieşit de pe pârtie, înotătorul care în noapte nu mai vede țărmul, şoferul care în ceața deasă nu mai vede drumul – cei aflați în astfel de situații experimentează adesea o teamă puternică, independentă de factorii fizici, o teamă de singurătate care vine din interior. De asemenea, exploziile sociale care dezrădăcinează brusc valorile, morala în care am fost învățați să credem (ca şi cum ar fi daturi de sine stătătoare) ne fac să ne simțim ciudat. Holocaustul, genocidul şi violențele de amploare, suicidul în masă (ca cel al sectei Jonestown), haosul războiului – toate aceste evenimente stârnesc oroare în noi pentru că sunt rele, dar, de asemenea, ne contrariază pentru că ne infor-mează că nimic nu este aşa cum am crezut întotdeauna că este; că orice poate fi altfel decât cum am ştiut noi; că tot ceea ce noi am considerat a fi stabil, prețios, bun poate dispărea brusc; că nu există o bază solidă nici aici, nici în alt loc din lume. Desigur, însă, această experiență a pierderii, a golului, a rătăcirii reperelor nu ține de exterior; ea se află în noi şi unii stimuli externi o pot actualiza. Alteori este suficientă o căutare interioară serioasă.

Oamenii care sunt îngroziți de izolare încearcă, în general, să scape de această teroare prin căutarea ajutorului la nivel interpersonal. Ei caută să stabilească relații nu pentru că doresc asta, ci pentru că trebuie s-o facă; iar relațiile respective sunt bazate pe nevoia de supraviețuire şi nu pe cea de creştere. Pornind de la astfel de constatări, unul dintre obiectivele majore ale terapiei existențiale este să rezolve dilema *fuziune – izolare*. Persoana sănătoasă trebuie să învețe să intre în relație cu celălalt, fără să se lase furată de dorința de scăpa de izolare devenind una cu celălalt sau fără a-l transforma într-un instrument de apărare împotriva izolării.

Universitatea SPIRU HARET

Una dintre primele sarcini ale terapeutului este de a-l ajuta pe client să-şi identifice şi să-şi înţeleagă modul personal de interacţiune cu ceilalţi. Iată câteva întrebări orientative: *Se întâmplă ca pacientul să intre în relaţie doar cu acele persoane care-i pot oferi ceva? Este dragostea sa centrată mai mult pe a primi, decât pe a oferi? Încearcă el să-l cunoască pe celălalt cât mai profund? Cât din sine rămâne ascuns într-o relaţie? Îl ascultă cu adevărat pe celălalt? Relaţionează realmente cu celălalt sau proiectează asupra lui alte figuri din exterior? Este preocupat de creşterea celuilalt?* Un alt pas important în terapie constă în a-l ajuta pe client să se confrunte direct cu izolarea existenţială, să o exploreze, să se lase purtat de sentimentele sale neplăcute; omul trebuie mai întâi să înfrunte şi să tolereze izolarea, pentru ca mai apoi să devină capabil să-şi folosească resursele disponibile pentru a face faţă situaţiei existenţiale.

Problematica lipsei de sens se referă la dilema creaturii căutătoare de sens, omul, care este aruncat într-un univers care nu are nici un sens prestabilit. Dilema constă în confruntarea a două realităţi, ambele adevărate, deşi opuse:

1. Pe de o parte, fiinţa umană are nevoie de siguranţă, de idealuri ferme la care să aspire, de linii directoare care să-i conducă viaţa. A trăi fără scopuri, semnificaţii, valori sau idealuri este de natură să provoace un stres considerabil.
2. Pe de altă parte, existenţa ca atare ne arată că lumea este încărcată de incertitudine; că totul s-ar putea modifica în orice clipă; că fiinţele umane îşi construiesc ele însele propria lume şi propria situaţie în lume; că nu există „sensuri" sau „proiecte" universale care să ne ghideze viaţa, ci doar cele pe care individul însuşi le creează.

Criza existenţială se declanşează când omul, împins de trebuinţa sa de ordine şi sens, se confruntă cu evenimente care-i destructurează sistemul de credinţe şi scopuri pe care şi l-a construit şi-l fac să-şi dea seama de lipsa lor de substanţă, de relativitatea lor.

Psihoterapeutul existenţialist are datoria de a accepta şi de a examina întrebările fundamentale ale clientului, iar *problema sensului* (poate cea mai bulversantă şi insolubilă) *nu trebuie negată în terapie*. Este important ca terapeutul însuşi să aibă un antrenament profesional (şi personal) care să-i fi dezvoltat un sentiment al sensului vieţii, astfel încât să nu evite o astfel de problemă, să nu fie tentat să-l trimită pe pacient la psihiatru sau să transforme întrebarea într-una mai simplă ori mai uşor de abordat.

Universitatea SPIRU HARET

În lucrul cu un pacient dominat de un astfel de sentiment de încătuşare primul pas este acela de a nu lua ca atare, de a nu accepta formularea pe care o dă pacientul problemei. În schimb, sarcina terapeutului este de a examina riguros legitimitatea plângerii că „viaţa nu are sens". Cine analizează baza pe care se sprijină o astfel de afirmaţie – adică întrebarea „Ce sens are viaţa?" – poate afla că această chestionare este adeseori primitivă şi contaminată de prejudecăţi. Pe de o parte, întrebarea induce ideea că ar exista un sens în viaţă pe care persoana respectivă nu a reuşit să-l localizeze. Dar această idee este în contradicţie cu punctul de vedere existenţial, conform căruia fiinţa umană este singura care creează sens în lume; nu există nici un proiect prestabilit, nici un alt scop în afara omului. Adeseori terapeutul îi poate fi de folos pacientului său menţinând o perspectivă relativizantă, neinfluenţată cultural şi ajutându-l pe acesta să realizeze că „sensul" este de fapt un concept foarte relativ. Chiar şi formula care afirmă că viaţa nu are nici un scop precis şi că, deci, nu merită trăită se bazează pe o prezumţie arbitrară, limitată cultural. Pe de altă parte, adeseori apare confuzia între lipsa de sens şi alte probleme. Este important ca terapeutul să reformuleze nemulţumirea clientului, în ideea de a descoperi eventualele „contaminări" cu alte probleme. De multe ori, experienţa lipsei de sens poate fi o „gazdă" pentru anxietatea asociată cu alte preocupări majore: moartea, libertatea (lipsa de fundament) sau izolarea. În astfel de cazuri se recomandă abordarea directă a acestor probleme. Dacă ele sunt disecate şi rezolvate, adeseori criza pacientului legată de lipsa de sens, devine mai puţin gravă şi poate fi abordată constructiv. Iar atunci când terapeutul ajunge chiar la problema lipsei de sens, pentru a fi eficient este recomandabil să o abordeze indirect, oblic, ajutându-l pe client să privească *dincolo* de ea: adică mai degrabă să se centreze pe posibilitatea de angajare, de implicare în viaţă, decât să se scufunde prea adânc în dezbaterea filosofică asupra ideii lipsei de sens.

Psihoterapia existenţială consideră confruntarea cu acest gen de întrebări şi cu datele fundamentale ale existenţei dureroasă, dar cu efect sanogen. *Anxietatea* care apare din întâlnirea cu ele este pozitivă, deoarece îi dă ocazia individului să conştientizeze faptul că existenţa în lume este limitată, vulnerabilă şi, de aceea, el este singurul responsabil de scopul şi direcţia propriei vieţi. Anxietatea poate fi văzută ca „ghidul" către un mod de viaţă autentic, lucid, centrat pe o dezvoltare reflexivă şi nu pe o atitudine impulsivă. Sarcina terapeutului constă în înlăturarea treptată a mecanismelor de apărare, a reprimărilor individului şi în a-l

Universitatea SPIRU HARET

ajuta să devină conştient de ceea ce el a ştiut (inconştient) tot timpul, de „preocupările sale ultime". Psihoterapeutul este cel care-l încurajează pe client să se privească în interior şi să fie atent la situaţia sa existenţială. El urmăreşte transformarea anxietăţii nevrotice în anxietate normală, conştientizată şi dezvoltarea capacităţii de a trăi cu ea, fără a o reprima. Prin terapie se deblochează autoînţelegerea, se stimulează o mai corectă autoevaluare şi se activează preluarea răspunderii pentru destinul şi resursele personale.

REZUMAT

Orientarea umanist-experienţialistă s-a conturat de-a lungul ultimei jumătăţi a secolului XX ca o reacţie faţă de psihanaliză şi teoriile comportamentaliste, bazându-se o concepţie profund umanistă asupra naturii fiinţei omeneşti. Terapeuţii acestei orientări pun accent pe unicitatea omului, pe potenţialul latent care se află în fiecare dintre noi şi care se cere descoperit şi valorificat, pe unificarea dintre corp, minte şi spirit. Cea mai eficientă modalitate de activare a potenţialului personal este considerată a fi experienţa, acţiunea, interacţiunea cu celălalt „aici şi acum". *Hic et nunc* este principiul de bază al psihoterapiilor experienţiale, care folosesc momentul actual pentru a-l ajuta pe client să înţeleagă aspecte din viaţa sa trecută şi din modul său obişnuit de funcţionare, iar apoi să evolueze către viitor, mobilizându-şi şi folosindu-şi activ resursele de care dispune.

Psihoterapia centrată pe client (non-directivă) iniţiată de Rogers are la bază principiul conform căruia comportamentul uman este ghidat de tendinţa unică a fiecărei persoane către autoactualizare. În plus, oamenii se află într-o stare optimă pentru a fi ghidaţi de aceste tendinţe naturale atunci când experimentează acceptarea necondiţionată (adică atunci când se simt valorizaţi de cei din jur, chiar dacă atitudinile, comportamentele sau sentimentele lor nu sunt ideale). În parcursul său de viaţă, dacă individul a experimentat numeroase constrângeri şi evaluări critice din mediu, el le va internaliza treptat, va ajunge să îşi impună o serie de solicitări nerealiste şi va ajunge la o incongruenţă între ceea ce simte, ceea ce gândeşte şi felul în care acţionează. Rezultatele unor astfel de incongruenţe se pot manifesta în plan intrapsihic sau interpersonal şi ele pot fi recuperate numai în relaţie cu o altă persoană care o acceptă necondiţionat pe cea aflată în deficit (cum este cazul relaţiei

Universitatea SPIRU HARET

terapeutice centrate pe client). Această formă de psihoterapie porneşte de la prezumţia că fiecare individ este cel mai bun expert în rezolvarea propriilor probleme. De aceea, psihoterapeutul rogersian este mai degrabă un fel de „catalizator" care-l ajută pe client să îşi descopere şi să îşi valorifice disponibilităţile latente.

Carl Rogers considera că procesul terapeutic este rezultatul îmbinării a doi factori esenţiali: atitudinea terapeutului de acceptare pozitivă necondiţionată a clientului cu care lucrează şi ansamblul de tehnici care permit exercitarea unei astfel de atitudini. Terapia rogersiană este o terapie „centrată pe client" în cadrul căreia terapeutul încearcă înţelegerea într-o cât mai mare măsură a modului personal în care îşi priveşte clientul experienţele, renunţând la raportarea la orice alt sistem extern de referinţă. Terapeutul non-directiv nu face niciodată interpretări, nu emite judecăţi critice, nu dă răspunsuri sau sfaturi, ci ascultă permanent cu atenţie şi cu o atitudine de acceptare ceea ce spune clientul, întrerupându-l doar pentru a verifica dacă şi-a format o imagine corectă a celor relatate, pentru a reformula cu alte cuvinte şi, eventual, pentru a oferi un *feed-back*. Intervenţiile terapeutului de factură rogersiană implică două categorii principale de răspunsuri la relatarea clientului: de clarificare a sentimentelor şi de reformulare a conţinuturilor. Din punct de vedere tehnic, aceste răspunsuri se materializează sub forma: tehnicilor de reflectare, tehnicilor de reformulare, tehnicilor de deschidere, tehnicilor de ascultare activă.

Psihodrama, alături de sociometrie, reprezintă contribuţii fundamentale în contextul psihologiei legate de numele lui Jacob Levi Moreno. El este considerat drept unul dintre primii terapeuţi orientaţi acţional, părinte al terapiei de grup şi al abordărilor maritale, pionier în tratamentul psihozelor. Începând cu punerea în scenă de piese ad-hoc, pe teme sugerate de public sau după întâmplări scoase din ziare, Moreno a dezvoltat ulterior psihodrama, ca modalitate de intervenţie psihoterapeutică. În psihodramă pacienţii înşişi sunt cei care îşi pun în scenă propriile conflicte şi joacă diferitele roluri. Este o manieră terapeutică ce foloseşte, pe lângă verbalizare, acţiunea şi deblocarea corporală. Tehnicile psihodramatice pot fi folosite şi în terapia individuală, dar ele se pretează mai ales la lucrul în grup şi se concentrează asupra lumii relaţionale a participanţilor. Termenul utilizat pentru descrierea activităţii desfăşurate în acest context este cel de semirealitate (plusrealitate), iar conceptele, cheie care explică scopul şi modul de utilizare a psihodramei clasice sunt cele de: spontaneitate, creativitate, întâlnire.

În formula clasică, şedinţele psihodramatice se desfăşoară într-un loc special amenajat, numit studio de psihodramă. Este vorba despre o

Universitatea SPIRU HARET

sală izolată fonic şi luminoasă, prevăzută cu o scenă, un spaţiu pentru public, recuzită şi un sistem de iluminat care să permită reglarea intensităţii şi culorii luminii în funcţie de momentul zilei care se reprezintă pe scenă. În cadrul acestui *setting* terapeutic specific, instrumentele metodologice utilizate sunt: scena, directorul (terapeutul psihodramatist), protagonistul, eurile auxiliare şi auditoriul. Sesiunea terapeutică de psihodramă presupune trei momente principale: încălzirea, lucrul cu protagonistul şi participarea auditoriului. Pe lângă acest tip de şedinţe clasice, activitatea cu grupul terapeutic presupune şi sesiuni în care predomină activităţile de grup, de creştere a coeziunii, de clarificare a relaţiilor şi a dinamicii de grup, de stimulare a spontaneităţii. Printre tehnicile de bază în psihodramă se numără: inversiunea de rol, dublul, oglinda, solilocviul, amplificarea, concretizarea, proiecţia în viitor, jocul de rol.

Originea abordării psihoterapeutice existenţiale se află în existenţialismul filosofic european, în filosofia şi psihologia orientală, precum şi în psihologia umanistă. Problema centrală căreia îi răspunde psihoterapia existenţială se referă la rostul şi sensul vieţii, preocupare care în prezent pare să marcheze mai mult decât oricând omul modern. Acest tip de demers îşi propune să-l ajute pe client să înveţe să se bucure de lucruri pe care de multe ori le ignoră sau le uită, să-l spijine în construirea unui mod de viaţă cât mai semnificativ şi autentic.

Irvin Yalom este terapeutul care combină principiile acestei orientări cu idei şi propuneri metodologice din alte curente, centrându-se pe cerinţele omului societăţii contemporane. El se focalizează pe abordarea şi rezolvarea printr-un demers de profunzime a conflictelor intrapsihice inconştiente care rezultă din întâlnirea cu preocupările ultime ale existenţei umane: moartea, libertatea, izolarea, lipsa de sens. Problematica morţii se referă la conflictul dintre conştientizarea inevitabilităţii morţii şi dorinţa de imortalitate a omului. În viaţă există anumite situaţii limită care pot deschide calea spre starea de conştientizare a perisabilităţii existenţei şi cu ocazia cărora se declanşează anxietatea existenţială, respectiv teama de moarte. Problematica libertăţii ţine de confruntarea dintre conştientizarea lipsei de structură durabilă a universului şi nevoia noastră de fundamentare şi organizare. Problematica izolării rezultă din tensiunea între conştientizarea singurătăţii noastre existenţiale şi dorinţa noastră de contact, de protecţie, de a fi parte a unui întreg mai mare. Problematica lipsei de sens se referă la confruntarea dintre conştientizarea faptului că nu există „sensuri" sau „proiecte" universale şi nevoia omului de a avea scopuri, valori, idealuri la care să se raporteze. Psihoterapia existenţială consideră confruntarea cu acest gen de întrebări ca

Universitatea SPIRU HARET

dificilă, generatoare de anxietate, dar cu efect sanogen. Beneficiul constă în posibilitatea individului de a conştientiza faptul că existenţa sa în lume este limitată, vulnerabilă şi, de aceea, el este singurul responsabil de cursul propriei vieţi.

CONCEPTE-CHEIE

Nondirectivitate – Termen folosit de Carl Rogers pentru a caracteriza concepţia sa terapeutică: abţinerea psihoterapeutului de la a impune, a chestiona, a interpreta, a judeca, a evalua, a sfătui, permiţându-i în schimb clientului să găsească în el însuşi resursele creşterii şi vindecării sale. Nondirectivitatea presupune o atitudine specifică, de acceptare pozitivă necondiţionată a celui cu care se lucrează şi un ansamblu de tehnici particulare care permit exercitarea unei astfel de atitudini. În cadrul noii sale viziuni terapeutice, Rogers propune înlocuirea termenului de pacient cu cel de client, deoarece, în concepţia sa, dificultăţile emoţionale nu erau privite ca boli ce trebuie tratate medical. În terapia nondirectivă (numită şi terapie centrată pe client) psihoterapeutul este privit mai degrabă ca un facilitator, catalizator al dezvoltării personale pentru cel care solicită sprijin.

Actualizare – Actualizarea desemnează procesul prin care un individ îşi mobilizează propriile resurse şi potenţialităţi, exprimându-le în comportamente observabile. Rogers a formulat principiul actualizării pe care l-a pus la baza teoriei, cercetărilor şi psihoterapiei sale, principiu conform căruia: fiecare dintre oameni are un potenţial unic de dezvoltare, de creştere şi de schimbare în direcţii sănătoase şi pozitive. Asigurarea unui climat liber de constrângeri externe va face ca acest potenţial să ghideze întregul comportament al persoanei. Toate acţiunile umane sunt ghidate de tendinţa unică a fiecărei persoane către autoactualizare dar, pentru a reuşi să se dezvolte, oamenii au nevoie de acceptare necondiţionată.

Acceptare necondiţionată – Atitudine care presupune susţinerea, valorizarea persoanei, chiar dacă atitudinile, comportamentele sau sentimentele sale nu sunt ideale. În concepţia lui Rogers ea reprezintă condiţia *sine qua non* a dezvoltării personale eficiente, sănătoase, pentru că, atunci când o experimentează, oamenii se află într-o stare optimă pentru a fi ghidaţi de tendinţele actualizării de sine. Dimpotrivă, judecăţile de

Universitatea SPIRU HARET

valoare specifice acceptării condiționate pot interfera cu aceste tendințe. Dacă părinții valorizează copilul numai când el se comportă, gândește sau simte „corect", apare pericolul unor incongruențe în dezvoltarea acestuia (imagine de sine fragilă sau distorsionată, reprimări etc.) În evoluția ulterioară a individului adult, constrângerile și evaluările critice din mediu sunt internalizate treptat și pot avea ca rezultat: relații interpersonale inautentice, diferite forme de dezadaptare, un nivel scăzut de integrare psihică. În cazul unei incongruențe mari, reintegrarea este posibilă numai în relație cu o altă persoană care o acceptă necondiționat pe cea aflată în deficit. Terapia centrată pe client este caracterizată tocmai prin stabilirea unei astfel de relații recuperatorii între terapeut și client.

Reflectare – Tehnică de bază în terapia non-directivă care presupune reluarea spuselor clientului, păstrând cât mai fidel limbajul acestuia. Permite terapeutului să verifice dacă a înțeles exact cele relatate, iar pacientul are ocazia să rectifice și să își asculte ca în ecou propriile gânduri, idei, afirmații sau interogații. Repetarea cuvintelor și expresiilor clientului se face de obicei pe un alt ton, menit să accentueze aspecte trecute de el cu vederea sau să aducă la dimensiuni mai apropiate de realitate perspectiva pe care și-a format-o asupra propriilor probleme.

Reformulare – Termenul se referă la tehnici specifice terapiei rogersiene non-directive care presupun utilizarea altor cuvinte și expresii decât cele utilizate de client, rămânând însă permanent în contact cu sistemul acestuia de referință. Tocmai de aceea este permanent necesară verificarea de către terapeut dacă clientul este de acord, se recunoaște în noua formulare oferită. Prin reformulări accentul se pune pe pozitivarea imaginii clientului, pe scoaterea în evidență a esențialului care uneori îi scapă sau este perceput distorsionat. Ele se pot realiza în mai multe forme: prin inversiunea raportului figură-fond, sintetizând în cuvinte-cheie, clarificând enunțuri ambigue.

Psihodramă – Formă de psihoterapie de grup și individuală creată de Jacob Levy Moreno. Metoda constă în a oferi participanților ocazia să pună în scenă momente vechi, actuale sau anticipative în raport cu situații conflictuale pe care le trăiesc sau cu istoria vieții lor. Improvizația psihodramatică presupune un spațiu special amenajat (studio de psihodramă prevăzut cu scenă, balcon și spațiu pentru auditoriu), eliberarea spontaneității actorilor prin exerciții de încălzire, o punere în situație, replicile date de eurile auxiliare, prezența auditoriului care să funcționeze

Universitatea SPIRU HARET

ca o cutie de rezonanță a afectelor trăite pe scenă, totul fiind stimulat şi coordonat de un director de psihodramă (psihoterapeutul psihodramatist). Psihodrama este o metodă flexibilă care a generat mai multe variante, în funcție de subiecți, de problematica lor sau de concepțiile teoretice ale practicienilor.

Spontaneitate – După Moreno, spontaneitatea reprezintă o tendință naturală a ființei umane care permite apariția celui mai bun răspuns al unui individ sau grup la o situație inedită sau dificilă. Ea este legată de ideea de nou şi de cea de adecvare, în sensul că individul aflat în stare de spontaneitate este capabil să ofere răspunsuri adaptative la situații cu care se întâlneşte prima oară şi să găsească răspunsuri noi şi adecvate la situații familiare. Spontaneitatea stimulează creativitatea şi reduce anxietatea, aducând soluții originale acolo unde adaptarea rigidă se mulțumeşte să apeleze la formule deja cunoscute şi verificate, la „conserve culturale". Demersul psihodramatic îşi propune tocmai activarea spontaneității şi reducerea anxietății subiecților.

Creativitate – În literatura de specialitate, creativitatea este definită ca aptitudine complexă, distinctă de inteligență şi de funcționarea cognitivă şi existentă în funcție de fluiditatea ideilor, de raționamentul inductiv, de anumite calități perceptive şi de personalitate, de inteligența divergentă. Potențialul creativ diferă de la o persoană la alta. Indivizii creativi sunt cei care dau dovadă de imaginație, de spirit inventiv şi de originalitate. Moreno descrie creativitatea ca o potențialitate legată de genotip, căreia spontaneitatea îi dă viață şi conținut. Dacă spontaneitatea poate fi indusă, stimulată şi facilitată în mod conştient, creativitatea poate fi doar constatată, verificată. De aceea, intervenția terapeutică asupra unui individ constă în a-i facilita o stare de spontaneitate capabilă să îi activeze resursele creative interioare, astfel încât devine capabil să găsească soluții noi, originale la situații vechi, la prima vedere imposibil de modificat.

Joc de rol – Jocul de rol este o tehnică psihodramatică inventată de Moreno, care are rol terapeutic şi formativ. Constă în a propune participanților scenarii implicând raporturi umane din viața socială sau profesională (reacția la o solicitare, intrarea în vorbă cu un necunoscut, concedierea unui salariat etc.) şi presupune ca subiectul să „se joace pe sine", să joace rolul unei alte persoane sau un rol generic o anumită perioadă de timp „ca şi cum" situația ar fi reală. Este tehnica

Universitatea SPIRU HARET

prin care persoana este antrenată să preia cu mai multă spontaneitate diverse roluri, să funcţioneze mai eficient în rolurile sale reale, să exerseze unele roluri dorite, temute ori respinse, să intre în contact cu diverse aspecte ale personalităţii sale necunoscute până atunci, reprimate sau necultivate.

Inversiune de rol – Tehnica centrală a psihodramei care constă în a determina clientul să îşi asume pentru o anumită perioadă rolul altcuiva. De obicei, acest „altul" este o persoană reală (prieten, părinte, soţ, şef, coleg etc.), dar poate fi şi un personaj imaginar sau generic, personificarea unei idei, a unei fantezii, a unui obiect, a unei părţi din sine. Inversiunea de rol permite individului o decentrare de pe propria sa poziţie şi o nouă perspectivă, din punctul de vedere al celui cu care a intrat în inversiune de rol.

Preocupări existenţiale – Concept specific terapiei existenţiale, conform căruia la baza tulburărilor psihice se află conflictul care apare din confruntarea individului uman cu „preocupările ultime" ale vieţii, cu anumite proprietăţi intrinseci ce fac parte din existenţa umană. Conştientizarea preocupărilor existenţiale conduce, de regulă, la anxietate, iar aceasta generează punerea în acţiune a mecanismelor de apărare (uneori de intensitate nevrotică sau psihotică). Ideea în jurul căreia se structurează abordarea existenţială în psihoterapie se referă la întâlnirea cu preocupările ultime ale existenţei: moartea, libertatea, singurătatea, lipsa de sens. Psihoterapia existenţială consideră confruntarea cu aceste date fundamentale ale vieţii dureroasă, dar cu efect sanogen atunci când individul ajunge să conştientizeze şi să accepte limitele existenţei sale umane.

Anxietate existenţială – Anxietatea care apare din întâlnirea cu preocupările ultime ale existenţei. Terapia existenţială consideră această confruntare pozitivă, deoarece îi dă ocazia individului să conştientizeze faptul că existenţa sa în lume este limitată, vulnerabilă şi, de aceea, el este singurul responsabil de scopul şi direcţia propriei vieţi. Anxietatea poate fi văzută ca „ghidul" către un mod de viaţă autentic, lucid, centrat pe o dezvoltare reflexivă şi nu pe o atitudine impulsivă. Sarcina terapeutului existenţialist constă în a înlătura treptat mecanismele de apărare, reprimările individului şi în a-l ajuta să devină conştient de ceea ce el a ştiut (inconştient) tot timpul, de preocupările sale existenţiale. Psihoterapeutul îl încurajează pe client să se privească în interior; se urmăreşte

Universitatea SPIRU HARET

transformarea anxietății nevrotice în anxietate normală, conştientizată şi dezvoltarea capacității de a trăi cu ea fără a o reprima.

Situaţie-limită – Anumite experienţe urgente care pot deschide calea spre starea de conştientizare a existenței. O situație limită reprezintă un eveniment, o întâmplare ce determină confruntarea bruscă şi directă a individului cu realitatea sa existențială (de exemplu, moartea unei persoane apropiate, o boală terminală, o tentativă suicidară, condiția de martor sau victimă a unui cataclism, accident etc.). În mod obişnuit, ceea ce facem sau ceea ce putem face sunt lucruri care alunecă în afara conştiinței noastre, fiind preocupați mai degrabă de ceea ce ne lipseşte sau ceea ce nu putem face, ori minimalizându-le din cauza preocupărilor şi temerilor legate de prestigiu, de mândrie. Întâlnirea cu situațiilimită poate genera o mai mare valorizare a vieții, trecerea într-o stare de gratitudine, de apreciere pentru darurile neprețuite ale existenței.

EXTINDERI

ANALIZA TRANZACȚIONALĂ (ERIC BERNE)

Analiza tranzacțională este curentul psihoterapeutic care se originează în lucrările lui **Eric Berne** şi care are la bază concepția umanist-existențialistă asupra naturii umane. Analiza tranzacțională oferă atât o teorie dinamică asupra personalității umane, cât şi un sistem psihoterapeutic şi autoformativ. Integrând-o în contextul mai larg al metodelor psihoterapeutice, se constată cum conceptul de *stări ale Eului* (specific analizei tranzacționale) îşi are rădăcinile în teoria psihanalitică a personalității, în spiritul căreia, de altfel, **Berne** şi practicase inițial. Încercând să se delimiteze de psihanaliză, Berne susține că diferența între cele două concepții constă în aceea că structurile descrise de **Freud** (Id, Ego, Superego) sunt ipotetice, în timp ce structurile descrise de analiza tranzacțională (Eu-părinte, Eu-adult, Eu-copil) sunt direct observabile în comportamente.

Teoria personalității de la baza analizei tranzacționale se aseamănă cu psihologia individuală a lui **Adler**, care consideră că fiecare individ îşi dezvoltă un anumit stil de viață unic în ceea ce priveşte seturile emoționale, cognitive şi comportamentale. Se pot remarca, de

Universitatea SPIRU HARET

asemenea, asemănări cu terapia rogersiană şi gestalt-terapia în ceea ce priveşte recunoaşterea potenţialului psihic latent, a capacităţii naturale de evoluţie a fiinţei umane.

Analiza tranzacţională accentuează aspectele cognitive, raţionale şi comportamentale ale procesului terapeutic, constituindu-se ca o incitare la rescrierea scenariului de viaţă printr-o atitudine activă şi asertivă a clientului şi a psihoterapeutului. Astfel, terapeutul specializat în această formă de intervenţie reprezintă un catalizator care facilitează schimbările şi maturizarea psihică a clienţilor săi.

Conceptele specifice analizei tranzacţionale sunt cele de: *stări (stadii) ale Ego-ului, egogramele, comunicarea şi scenariile de viaţă, tranzacţiile psihologice, jocurile psihologice.*

Stările (stadiile) Ego-ului. **Berne** afirmă că în fiecare individ coexistă trei stări ale Eului, stări active, dinamice şi observabile:

1. *starea de părinte (exteropsyche)* se referă la comportamente, gânduri şi sentimente reproduse din influenţele părinţilor sau prin imitaţia altor figuri parentale;

2. *starea de adult (neopsyche)* constă în comportamente, gânduri şi sentimente care apar ca răspunsuri directe la situaţia prezentă;

3. *starea de copil (archeopsyche)* formată din comportamente, gânduri şi sentimente rejucate din perioada copilăriei.

Fiecare dintre aceste stări există în mod real şi operează atât la nivel individual, cât şi interpersonal, manifestându-se în maniera de a simţi, gândi şi acţiona a persoanei la un moment dat. Stările Ego-ului nu depind de vârsta subiectului, ele coexistă în fiecare dintre noi, cu excepţia copilului foarte mic, la care stările de adult şi de părinte nu s-au structurat încă.

La rândul lor, stările de părinte şi de copil se subîmpart în *părinte critic* şi *părinte grijului,* respectiv în *copil liber* şi *copil adaptat.* Părintele critic reprezintă partea asertivă, directivă, limitativă, absolutistă din individ, cea care caută şi găseşte permanent greşeli. Părintele grijuliu este, în schimb, partea afectuoasă, empatică, ocrotitoare, care poate deveni sufocantă, supraprotectivă. Copilul liber este cel care dă spontaneitate, creativitate, naturaleţe, partea care ignoră regulile impuse, este impulsivă şi intuitivă. Copilul adaptat reprezintă, la polul opus, partea conformistă, supusă, complezentă, obedientă din individ. Iar adultul se caracterizează prin comportament logic, raţional, realist, non-afectiv. Este partea care arbitrează între revendicările Eului-părinte şi dorinţele Eului-copil.

Universitatea SPIRU HARET

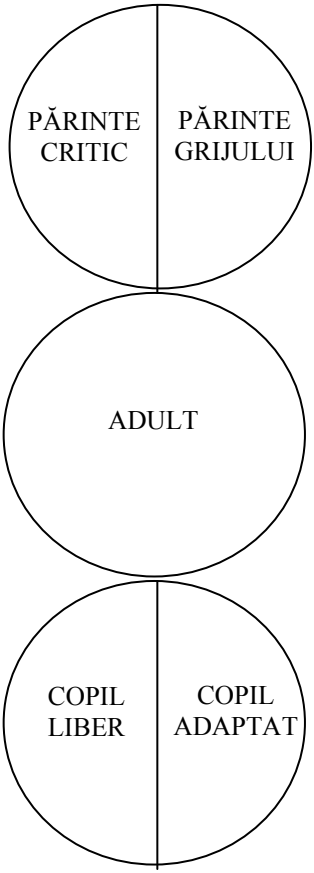


Figura 1

Egogramele sunt reprezentări grafice ale cantității de energie pe care o conține fiecare stare a Ego-ului. Egogramele diferă de la o persoană la alta, în funcție de potențialul energetic şi de distribuția acestuia între cele cinci stări ale Ego-ului. Este important de reținut faptul că egogramele nu se apreciază în termeni de valoare: nu există egograme bune şi egograme rele. O personalitate sănătoasă presupune o dezvoltare armonioasă, flexibilă şi distinctă a tuturor stărilor Eului. Atunci când apare o schimbare într-o anumită stare a Ego-ului, aceasta va antrena modificări şi în celelalte stări: atunci când o stare câştigă în intensitate,

celelalte trebuie să scadă pentru a realiza compensația (întrucâtva asemănător principiului vaselor comunicante). Egograma rămâne, deci, fixă până când individul ia decizia conştientă de a o modifica prin terapie şi atunci schimbarea înseamnă creşterea energetică a acelei stări pe care ne propunem să o dezvoltăm concomitent cu reducerea energetică a celorlalte stări, realizând astfel transferul energetic.

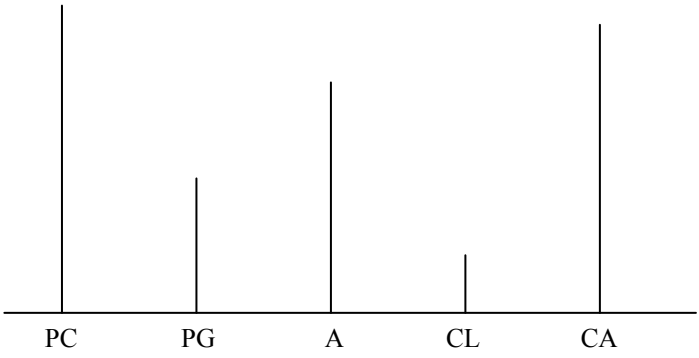


Figura 2

De exemplu, egograma unui pacient depresiv este caracterizată prin stările de părinte critic şi de copil adaptat foarte puternic dezvoltate, un adult bine reprezentat, în schimb stările de părinte grijuliu şi, mai ales, cea de copil liber sunt aproape lipsite de energie, nedezvoltate, neexprimate. Terapia, într-un astfel de caz, îşi propune tocmai dezvoltarea copilului liber şi a părintelui grijuliu (adică a capacității persoanei de a fi mai indulgentă cu sine şi cu ceilalți, de a-şi respecta şi îndeplini nevoile proprii, ținând mai puțin cont de norme şi concentrându-se mai mult pe confortul personal, de a-şi relativiza unele credințe restrictive) simultan cu diminuarea forței părintelui critic şi a copilului adaptat (adică a tendinței de a judeca şi de a evalua critic tot ce se întâmplă, de a se raporta la standarde foarte înalte şi foarte riguroase, de a se supune cerințelor exterioare în defavoarea propriilor dorințe şi nevoi) şi cu o reducere a adultului (în sensul păstrării unei adaptări realiste la mediu, dar punând mai puțin accent pe raționalitate şi accentuând accesul la sentimente, trăiri, dorințe).

Comunicarea şi scenariile de viață. În copilăria timpurie, în urma interacțiunii cu părinții şi cu alte persoane semnificative, individul

Universitatea SPIRU HARET

îşi elaborează scenariul de viaţă, constituit din anumite modele de comportament. Astfel, pe baza mesajelor primite din mediul care îl înconjoară, copilul ia de timpuriu decizia dacă este o persoană bună sau rea, agresivă sau suportivă, care merită sau nu să fie iubită. De asemenea, el ia decizii şi în legătură cu ceilalţi: dacă sunt buni sau răi, dacă merită sau nu încredere etc. Ulterior, pe tot parcursul vieţii, indivizii relaţionează şi comunică cu celelalte persoane de pe poziţia acestor scenarii existenţiale. Uneori comunicarea este deschisă şi onestă, alteori este dizarmonică din cauza atât a unor tulburări interioare, cât şi ţinând de unele constrângeri exterioare.

Harris (1969) distinge patru scenarii existenţiale de bază:

1. *Eu sunt OK, tu eşti OK* – reprezintă mentalitatea sănătoasă, de câştigător, care asigură starea de confort psihic şi relaţii armonioase. Se conturează atunci când nevoile fizice şi emoţionale ale copilului au fost rezolvate cu dragoste şi acceptare.

2. *Eu sunt OK, tu nu eşti OK* – constituie poziţia de pe care persoana se raportează la ceilalţi cu frustrare, mânie, agresivitate şi lipsă de încredere. Apare la cei care în copilărie au fost trataţi cu indiferenţă şi ironie.

3. *Eu nu sunt OK, tu eşti OK* – caracterizează persoana depresivă, cuprinsă de teamă, de vinovăţie, inadaptabilă, neputincioasă. Este persoana ale cărei nevoi bazale din copilărie nu au fost satisfăcute.

4. *Eu nu sunt OK, tu nu eşti OK* – reprezintă poziţia care exprimă sentimente de inutilitate, zădărnicie, lipsă de speranţă. Se cristalizează la persoane care în copilărie au avut parte numai de răspunsuri şi reacţii extrem de negative (brutale, umilitoare etc.).

Poziţiile de viaţă pot fi modificate în cursul existenţei atât prin *insight* terapeutic, cât şi sub influenţa altor factori externi (întâlnirea cu persoane sau situaţii semnificative). Idealul şi obiectivul psihoterapiei constă în obţinerea unui scenariu de viaţă sanogen, de tipul e*u sunt OK, tu eşti OK,* conform clasificării de mai sus.

Tranzacţiile psihologice reprezintă unităţi de comunicare interumană, ce presupun o legătură stimul-răspuns între două stări ale Eului care aparţin unor persoane diferite. Astfel, dacă doi oameni comunică între ei, conform modelului din analiza tranzacţională, de fapt interacţionează şase stări ale Ego-ului care tranzacţionează unele cu altele. Tranzacţiile pot fi pozitive (de afecţiune, încredere, valorizare) sau negative (de umilire, dominare, desconsiderare). Ele se pot manifesta fie la nivel *social (deschis)* şi se reprezintă grafic prin linii continue, fie la nivel *psihologic (latent)* şi se reprezintă grafic prin linii discontinue. Analiza tranzacţională descrie mai multe tipuri de tranzacţii:

Universitatea SPIRU HARET

– *complementare* – când vectorii tranzacționali sunt paraleli; răspunsul vine de la aceeaşi stare a eului căruia i-a fost adresat stimulul şi este adresat celei care a trimis stimulul.

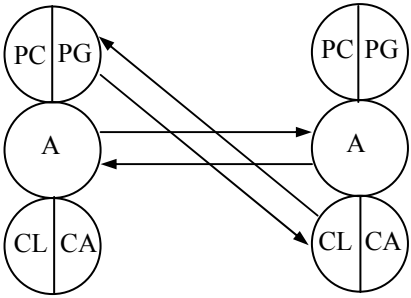


Figura 3

De exemplu: întrebare adult-adult „Când pleci la Sibiu?”, răpuns adult-adult „Mâine dimineață.”; întrebare părinte grijuliu-copil liber „Nu vrei să-ți iei un sandviş la tine?”, răspuns copil liber-părinte grijuliu „Ba da, dacă îmi faci tu.”

– *încrucişate* – când vectorii tranzacționali nu sunt paraleli; starea Eului căreia îi este transmis mesajul diferă de cea care oferă răspunsul.

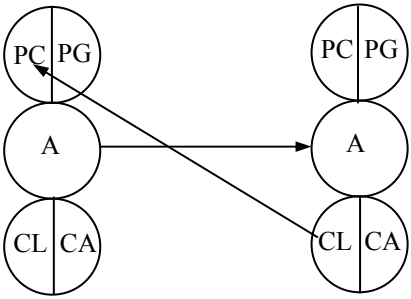


Figura 4

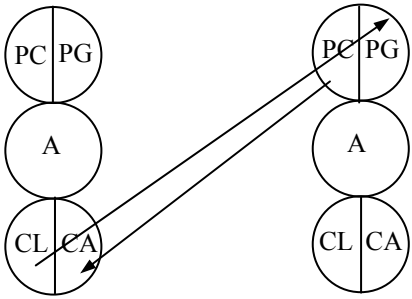


Figura 5

De exemplu: întrebare adult-adult „Când pleci la Sibiu?”, răspuns copil liber-părinte critic „Ce-ți bagi nasul peste tot!”; întrebare copil liber-părinte grijuliu „Îmi pregăteşti şi mie un sandviş?”, răspuns părinte critic- copil adaptat „Pune mâna şi fă-ți singur.”

Universitatea SPIRU HARET

– *Ulterioare (complicate* sau *duble)* – când sunt transmise simultan două mesaje, pe două planuri: unul explicit, manifest, conştient, celălalt ascuns, subînţeles, secundar. Mesajele implicite, psihologice sunt ascunse sub cele directe, sociale şi ţintesc alte stări ale Eului comparativ cu cele sociale.

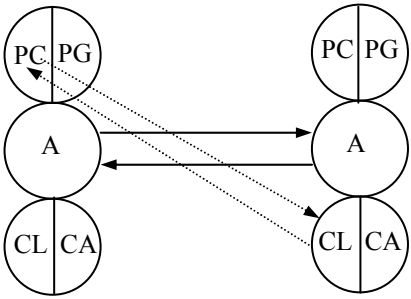


Figura 6

De exemplu: întrebare explicită adult-adult „Cât este ceasul?, mesaj implicit părinte critic-copil liber „Iar ai întârziat!”; răspuns explicit adult-adult „E puţin trecut de opt.”, mesaj implicit copil liber-părinte critic „Exagerezi cu observaţiile astea!”

Analiza tranzacţională descrie şi câteva reguli de funcţionare a tranzacţiilor:

– Când săgeţile vectoriale sunt paralele, adică în cazul tranzacţiilor complementare, comunicarea poate continua timp nelimitat.

– Când săgeţile vectoriale se intersectează, adică în cazul tranzacţiilor încrucişate, comunicarea eficientă încetează imediat.

– Comportamentul unui individ nu poate fi analizat numai după nivelul social al comunicării, deoarece mesajul psihologic reprezintă cheia înţelegerii comportamentului.

Jocurile psihologice apar atunci când cele două niveluri ale comunicării (social şi psihologic) sunt activate în acelaşi timp. Astfel, se produce o serie ordonată de tranzacţii ulterioare şi superficiale care generează stări afective negative la ambii parteneri. Fiecare subiect are la dispoziţie un repertoriu de jocuri la care apelează în funcţie de circumstanţe şi pe care le alege în funcţie de experienţele de comunicare din copilăria timpurie. Jocurile psihologice se joacă în doi sau mai mulţi parteneri. (De exemplu: jocul „dă-mă afară” – subiectul face tot posibilul pentru a fi respins; jocul victimei „sunt fără ajutor” – subiectul caută tot timpul un persecutor şi un salvator ş.a.)

Universitatea SPIRU HARET

Strategia psihoterapeutului specializat în analiză tranzacțională constă în a-l invita inițial pe client la propria analiză structurală, prin care va învăța să identifice şi să diferențieze stările Eului, să examineze jocurile pshologice, tranzacțiile, scenariul existențial care îl caracterizează. În felul acesta, pacientul se pregăteşte pentru a începe investigarea şi modificarea propriei personalități. Scopurile terapiei constau în:

Evaluarea şi modificarea scenariilor de viață pe baza unor decizii personale (de obicei se foloseşte tehnica regresiei de vârstă);

Conştientizarea, înțelegerea jocurilor psihologice şi realizarea de tranzacții autentice (prin contact direct, tehnica jocului de rol etc.);

Identificarea stărilor Eului şi recunoaşterea influenței acestora în timpul tranzacțiilor;

Echilibrarea egogramelor prin transfer energetic de la stările puternice ale Eului la cele slabe.

Tehnicile folosite se adaptează în funcție de structura personalității fiecărui pacient (de exemplu, Eul de părinte critic slab dezvoltat necesită tehnici asertive, de autoafirmare; copilul liber slab exprimat presupune activități de stimulare a creativității şi exprimării spontane; adultul prea puternic cere exerciții de exprimare liberă a afectelor ş.a.m.d.)

ÎNTÂLNIRE CU PSIHODRAMA CLASICĂ

(Articol realizat cu ocazia Sesiunii deschise de psihodramă clasică condusă de prof. GIOVANNI BORIA - noiembrie 2001, Facultatea de Sociologie-Psihologie din Universitatea Spiru-Haret, Bucureşti)

Numele lui **Jacob Levi Moreno** are o rezonanță deosebită în domeniul psihologiei, fiind asociat cu contribuții fundamentale în acest domeniu: *psihodrama* şi *sociometria.* Le-a creat şi dezvoltat în aproape şaizeci de ani de activitate în câmpul social, clinic, educativ, inițial la Viena şi apoi, din 1925, în SUA. Născut pe 19 mai 1889 la Bucureşti, **Moreno** emigrează 5 ani mai târziu în Austria, alături de familia sa. În tinerețe este student al Facultății de Filosofie din Viena, unde este puternic impresionat de ideile contemporane despre creativitate. Ulterior, se transferă la Facultatea de Medicină, obținând licența şi apoi specializându-se în psihiatrie. În 1908 improvizează primele experiențe creative cu copiii în grădinile de la Angarten, folosind ca instrumente de lucru jocul, poveştile, teatrul de păpuşi. În timpul războiului lucrează ca medic în două tabere de refugiați (unul în Austria, la Mittendorf şi unul în Ungaria, la Szolnok) unde elaborează şi pune în practică primele

metode de intervenție sociometrică pentru organizarea unei comunități, ținând cont de factorii sociali şi psihologici. Între 1921-1924 intră în contact cu teatrul şi dă viață unui teatru improvizat: *Teatrul Spontaneității*. Folosind valoarea cathartică şi terapeutică a reprezentației teatrale, **Moreno** elaborează ulterior psihodrama ca metodă de intervenție asupra sistemului de relații interpersonale. Din 1925 se stabileşte în SUA, unde sociometria câştigă în profunzime şi claritate prin intervențiile sale de la închisoarea Sing Sing (1931) şi de la Şcoala de reeducare pentru fete din Hudson (1932-1934).

Psihodrama, sociometria şi psihoterapia de grup – trei aspecte ale unui sistem unic de intervenție psihologică- au găsit un corp teoretic şi metodologic unitar în munca lui Moreno de la *Beacon Hill Sanatorium*, clinică particulară pe care o deschide în 1936. Aceasta este prima comunitate terapeutică pentru bolnavii psihici care va deveni şi primul centru de formare în psihoterapia de grup. În 1942 pune bazele *Societății Americane de Psihoterapie de Grup şi Psihodramă,* iar din 1957 devine preşedinte al *Consiliului Internațional de Psihoterapie de Grup*. Primele sale lucrări despre psihodramă apar în 1946, iar după moartea sa (1974) o are drept continuator activ pe soția şi colaboratoarea sa **Zerka Toeman Moreno**.

La şcoala lui Moreno s-a format un număr impresionant de terapeuți psihodramatişti care continuă să lucreze în spirit morenian şi care, la rândul lor, transmit mai departe această modalitate de intervenție terapeutică. Printre aceştia se numără profesorul **Giovanni Boria,** psiholog clinician italian, care, după o formare psihanalitică freudiană, şi-a efectuat *trainingul* în psihodramă între anii 1977-1980 la Moreno Institute (Beacon, New York, SUA) sub îndrumarea Zerkei Toeman Moreno. În 1980 **Boria** şi-a început activitatea la Milano şi în 1992 la Padova. Actualmente este directorul *Studioului* şi *Şcolii de Psihodramă din Milano*, centru de formare în psihodrama clasică. În 1990 **Boria** a venit în România, pentru a înființa în țara de origine a părintelui psihodramei *Şcoala de Psihodramă Clasică Morenian*ă. Astfel, pe parcursul a aproximativ treisprezece ani, a format didacți şi psihoterapeuți care astăzi activează în cinci oraşe din România: Bucureşti, Sibiu, Arad, Timişoara şi Braşov. Actualmente, în aceste oraşe există amenajate studiouri de psihodramă în cadrul cărora activează grupuri didactice de formare şi grupuri terapeutice. În cadrul *Şcolii Române de Psihodramă Clas*ică (cu durată de patru ani) erau cuprinşi în anul 2001-2002 şaizeci de studenți. La finalul cursurilor, şcoala eliberează următoarele diplome: (1) *Eu-auxiliar profesionist* - colaborează cu directorul de psihodramă în gru-

Universitatea SPIRU HARET

purile formate din persoane cu tulburări psihologice care nu sunt capabile să joace roluri la persoana întâi (psihotici, copii instabili etc.); în aceste cazuri eul-auxiliar participă constant la viaţa grupului, făcând parte din echipa terapeutică şi acţionând eficient în diferite roluri. (2) *Director de psihodramă clasică - formator* – activează mai ales în cadrul instituţiilor (şcoli, spitale, firme, industrie etc.) şi în grupuri reale (familie, echipă de muncă, grup de elevi etc.) în care, pe parcursul unui ciclu de întâlniri cu durată prefixată (în mod obişnuit numite „cursuri de formare") se investighează în scop ameliorativ aspectele relaţionale conştiente şi modul de funcţionare a grupurilor, fără a sonda în profunzime personalitatea participanţilor. (3) *Director de psihodramă clasică – psihoterapeut* – lucrează cu grupuri terapeutice, formate din persoane provenite din contexte diferite, împinse de motivaţii personale, interesate să se angajeze într-un proces de schimbare a personalităţii. Psihoterapeutul conduce membrii grupului în demersul de conştientizare a materialului inconştient, de restructurare a câmpului perceptiv şi de modificare a stilului de viaţă şi a reţelelor de relaţii sociale şi afective. În prezent *Şcoala Română de Psihodramă Clasică* este asociata *Studioului de Psihodramă din Milano* condus de **Boria**. De asemenea, *Asociaţia Română de Psihodramă*, înfiinţată în 1996, a desfăşurat în ultimii ani numeroase activităţi în scopul promovării teoriei şi metodei psihodramatice moreniene, printre care cele mai semnificative sunt: editarea revistei „Întâlnirea" cu apariţie bianuală, dezvelirea plăcii comemorative **Jacob Levi Moreno** la locuinţa în care s-a născut marele psihoterapeut (str. Şerban Vodă, 38), organizarea de simpozioane şi demonstraţii publice de psihodramă ş.a.

La începutul lunii noiembrie 2001, profesorul **Giovanni Boria** a fost invitat de *Universitatea Spiru Haret* din Bucureşti pentru a susţine o demonstraţie de psihodramă clasică. Prin bunăvoinţa conducerii *Catedrei de Sociologie-Psihologie* din cadrul acestei Universităţi, în colaborare cu *Şcoala Română de Psihodramă Clasică,* la 2 noiembrie a fost organizată „întâlnirea" cu psihodrama. Psihodramatistul italian a condus o sesiune deschisă de psihodramă la care au participat peste 150 de persoane: cadre didactice şi studenţi ai Facultăţii de Sociologie-Psihologie din Universitatea *Spiru Haret*, cărora li s-au adăugat psihologi şi medici psihiatri – psihodramatişti şi studenţi la Masterul de Psihoterapie şi Psihodiagnostic.

A fost un prilej de a prezenta metodologia morenianã, bazată pe principiul acţiunii, pe teoria rolului, pe mobilizarea spontaneităţii şi a creativităţii prin întâlnirea de grup. Folosind un grup demonstrativ de

Universitatea SPIRU HARET

12 persoane care s-a autoselectat dintre participanți, Boria a developat pe parcursul celor două ore de demonstrație, etapele caracteristice unei ședințe clasice de psihodramă. În paralel, a punctat momentele esențiale cu explicații teoretice.

• Pornind de la situația grupului constituit ad-hoc, prima parte a sesiunii - numită *încălzire* – a fost destinată „punerii în formă" a participanților, creării unei atmosfere care să le permită să se simtă confortabil unii în prezența celorlalți. În acest scop s-au folosit jocul (baba-oarba, jocul numelor ș.a.) și surpriza, ca instrumente esențiale pentru stabilirea unor relații care să actualizeze anumite emoții, nevoi, gânduri la cei implicați. Propunerea de situații regresive neanxiogene a favorizat crearea grupului, precum și accesul la realități interioare încărcate afectiv și la amintiri timpurii, chiar din perioada copilăriei.

• După familiarizarea și încălzirea participanților, aceștia au ales un protagonist și s-a trecut la cea de-a doua etapă a ședinței psihodramatice – *reprezentarea scenică (*sau *timpul protagonistului).* Pretextul folosit a fost tehnica „fotografia". Protagonistului i s-a propus să aducă pe scenă un moment din viața sa, reactualizat sub forma unei fotografii. Pe durata reprezentației psihodramatice, grupul s-a constituit ca un suport tehnic (jucând eu-rile auxiliare, făcând dublu etc.), iar directorul de psihodramă (prof. Boria, în acest caz) a condus, a regizat și a asigurat desfășurarea acțiunii. Primul pas a constat în „stabilirea contactului" cu protagonistul, directorul negociind relația dintre ei în sensul unui raport de încredere. Printr-un interviu mobil s-a stabilit momentul ales pentru a fi concretizat, s-au definit timpul și spațiul acțiunii, iar protagonistul a fost stimulat pentru a intra în *semirealitate*, adică pentru a-și imagina că retrăiește situația aleasă. Pentru aceasta, scena s-a reconstruit amănunțit, cu toate personajele semnificative și cu gesturile care le caracterizau în acel moment. Colegii de grup au facilitat punerea în scenă a amintirii, fiind aleși și jucând rolurile desemnate de protagonist (ca eu-ri auxiliare și *alter-ego*, conform terminologiei psihodramatice). Reprezentația psihodramatică a provocat conștientizarea relațiilor importante pentru protagonist în momentul respectiv, cu întreaga lor încărcătură afectivă și cu implicații resimțite până în prezent. Astfel, el a avut ocazia să retrăiască materialul emotiv definitoriu pentru acel context, să-l privească dintr-o altă perspectivă temporală și să îl „reașeze" în interiorul său într-o formă mai bună. Este momentul numit în psihodramă *integrare* și este trăit de protagonist ca o stare de bine, de echilibru și armonie interioară, în care vede sau înțelege unele lucruri mai limpede, într-o formă mai clară.

Universitatea SPIRU HARET

• Deoarece în timpul reprezentației protagonistul a dezvăluit gânduri, emoții, situații personale, după psihodramă el se poate simți expus şi vulnerabil, chiar izolat. De aceea, fiecare şedință de psihodramă se încheie cu *participarea auditoriului* (adică a celorlalți membrii ai grupului). În această etapă, protagonistul redevine participant egal cu ceilalți, se întoarce în condițiile de realitate a grupului şi primeşte de la membrii grupului *feed-back*-uri despre nevoile, emoțiile, experiența lor de viață. Participanții la grup au împărtăşit trăirile şi gândurile suscitate în ei de cele urmărite pe scenă, eventual de rolurile jucate, precum şi situații din experiența personală care au rezonat cu cele aduse în fața lor de protagonist. Consemnul a fost ca aceste intervenții să nu ia forma evaluărilor, sfaturilor, judecăților de valoare sau interpretărilor, ci să fie constructive, în sensul de a-l ajuta pe protagonist să se simtă înțeles, acceptat şi susținut în lucrul cu sine.

Demonstrația de psihodramă a fost o ocazie aşteptată cu nerăbdare, mai ales de studenți, pentru a intra în contact cu practica psihoterapeutică, în general, şi cu lucrul în spirit morenian, în particular. Sesiunea condusă de prof. **Giovanni Boria** a stârnit un interes viu, fapt dovedit de numărul mare de participanți, de disponibilitatea de a lucra în grupul mic demonstrativ a multora dintre ei, de seria numeroasă de întrebări care a încheiat întâlnirea cu terapeutul italian. La rândul său, prof. **Giovanni Boria** şi-a arătat disponibilitatea pentru o altă sesiune deschisă în cursul anului viitor, sesiune mai amplă, care să cuprindă şi o aprofundare a aspectelor teoretice ale concepției moreniene.

ÎNTREBĂRI PENTRU CURSANȚI

1. *Explicați ce defineşte orientarea umanist-experiențialistă, deosebind-o atât de curentul dinamic (analitic), cât şi de cel comportamental în psihoterapie.*

2. *Specificați în ce constă nondirectivitatea psihoterapeutului de formație rogersiană.*

3. *Argumentați în ce constă caracterul acțional al tehnicilor psihodramatice.*

4. *Explicați principiul „aici şi acum" caracteristic terapiilor experiențiale şi avantajele utilizării acestui principiu.*

Universitatea SPIRU HARET

5. *Precizați în ce măsură considerați că psihoterapia existențială este un demers de actualitate, care răspunde problematicii omului zilelor noastre.*

6. *Realizați o paralelă între modelul psihanalitic freudian asupra structurii personalității şi modelul promovat de analiza tranzacțională.*

BIBLIOGRAFIE

1. Atkinson Rita, Atkinson Richard, Smith Edward, Bem Daryl, Nolen-Hoeksema Susan, *Hilgard's Introduction to Psychology,* Harcourt Brace College Publishers, USA, 1996.

2. Holdevici Irina, *Elemente de psihoterapie*, Editura All, Bucureşti, 1996.

3. Ionescu Angela, *Psihoterapia existențială*, Editura SPER, Bucureşti, 2001.

4. Liebert Robert, Spiegler Michael, *Personality, Strategies and Issues,* Pacific Grove, California, 1995.

5. Mitrofan Iolanda (Coord), *Orientarea experiențială în psihoterapie. Dezvoltare personală, interpersonală şi transpersonală*, Editura SPER, Bucureşti, 2000.

6. Mitrofan Iolanda, *Meditații creative. Metaforă transfiguratoare şi conştiința extinsă,* Editura SPER, Bucureşti, 2001.

7. Mitrofan Iolanda, Nuță Adrian, *Jocurile conştiinței sau terapia unificării,* Editura SPER, Bucureşti, 1999.

8. Nuță Adrian, *Secrete şi jocuri psihologice. Analiză tranzacțională,* Editura SPER, Bucureşti, 2000.

9. „Revista de psihoterapie experiențială română", editată de SPER.

Universitatea SPIRU HARET

VII. **PSIHOTERAPIA DE GRUP – O COMPLETARE VIABILĂ A PSIHOTERAPIEI INDIVIDUALE**

VII.1. **Caracteristicile terapiei de grup**

Inițial, psihoterapia s-a constituit ca un demers individual, care presupunea relația față în față dintre terapeut şi pacientul său. Pe măsura acumulării de experiență în acest domeniu, s-a constatat că multe dintre problemele emoționale ale persoanelor aflate în dificultate sunt legate de dificultățile de relaționare şi de comunicare ale acestora. Problemele de interacțiune cu ceilalți se asociază adesea cu sentimente de izolare, de nesiguranță, de respingere şi cu incapacitatea individului de a intra în relații semnificative şi stabile. Astfel de situații pot fi, desigur, abordate şi depăşite în cursul unei psihoterapii individuale, terapeutul ajutându-l pe client să înțeleagă şi să lucreze asupra acestor comportamente şi trăiri, să învețe noi modalități de reacție şi de relaționare cu ceilalți şi, în final, să testeze noile atitudini şi răspunsuri în viața de zi cu zi, în afara cadrului terapeutic. O altă variantă de lucru, care atinge într-o manieră mai directă acest tip de dificultăți, este *terapia de grup*. În această formulă, un terapeut sau o echipă terapeutică lucrează simultan cu mai multe persoane, reunite în vederea aceluiaşi scop: rezolvarea unor probleme de natură psihică. Un grup terapeutic este format de obicei din 6-8 persoane; dimensiunile grupului pot varia însă, în funcție de obiectivele propuse şi de componența sa, putând ajunge până la un număr de 12-20 de persoane (de exemplu, grupurile de terapii creative, de artterapie ş.a.). În grup, clienții au ocazia să lucreze asupra propriilor probleme în prezența celorlalți participanți, să observe reacțiile acestora la comportamentele, ideile sau relatările lor şi, de asemenea, să-şi exprime opiniile şi sentimentele față de ceilalți şi față de reacțiile lor. De multe ori, psihoterapia de grup se foloseşte combinată cu sau ca un supliment al terapiei individuale.

Grupul terapeutic dă ocazia individului să constate că nu este singurul care se află într-o situație de dificultate, că şi alte persoane traversează perioade dificile şi trăiesc o stare de disconfort psihic, că

Universitatea SPIRU HARET

alţii au probleme la fel de grave sau poate chiar mai grave. Aceste constatări sunt de natură să estompeze sentimentele de singurătate, deznădejde, lipsă de speranţă. Este mai ales cazul grupurilor *omogene*, formate din clienţi cu acelaşi tip de problematică, de regulă persoane care au traversat o experienţă de viaţă traumatizantă sau prezintă un simptom comun (foşti toxicodependenţi, victime ale agresiunii sau ale violului, pacienţi sau aparţinători ai pacienţilor care suferă de o boală incurabilă, persoane cu un anumit tip de fobie etc.) Mai mult, contactul cu alte persoane aflate în suferinţă îi poate da ocazia unui participant la grup să îşi mobilizeze resursele personale pentru a-l sprijini pe celălalt, să îşi reconsidere propria situaţie observând cu mai multă obiectivitate aspectele pozitive din viaţa personală, să înveţe noi strategii de a face faţă dificultăţilor provocate de situaţia comună. Efecte de acest tip se obţin şi în grupurile *heterogene,* alcătuite din pacienţi cu probleme diferite (depresivi, anxioşi, persoane cu tulburări emoţionale etc.). Raţiunea pentru care se formează grupurile heterogene este aceea de a compensa în cadrul relaţiilor intragrupale excesele comportamentale, atitudinale, afective ale participanţilor. Aceştia au ocazia de a interacţiona cu persoane foarte diferite de ei înşişi, de a observa patternuri şi strategii de acţiune complet nefamiliare şi de a testa noi modalităţi de a intra în contact şi de a comunica (pacientul depresiv are ocazia, de exemplu, de a prelua ceva din excesul de energie al expansivului şi de a tempera prin atitudinea sa unele porniri năvalnice ale acestuia; impulsivul poate învăţa din supracontrolul obsesionalului, oferindu-i, în schimb, ceva din detaşarea sa ş.a.m.d.).

Psihoterapia de grup şi-a dovedit eficacitatea şi a fost preluată de toate orientările terapeutice (psihanalitică, cognitiv-comportamentală, umanist-experienţială). Terapeuţii aparţinând diverselor şcoli au prelucrat şi modificat tehnicile de lucru pentru a putea fi aplicate în grup. Pe de altă parte, mari nume din domeniul psihoterapiei (precum **J.L. Moreno, F. Perls**) au creat metodologii specifice de intervenţie în grup (psihodrama, gestaltterapia) care, la rândul lor, au fost adaptate pentru a putea fi folosite şi în lucrul individual. Există variante de terapie de grup în care se lucrează în principal asupra dinamicii de grup, asupra relaţiilor dintre participanţi şi a patternurilor de interacţiune dintre aceştia. Alte forme de terapie folosesc grupul ca spaţiu în care se lucrează pe rând, focalizat, cu fiecare persoană, ceilalţi participanţi intervenind doar ca adjuvanţi pentru clarificarea şi rezolvarea conflictelor individuale. Adeseori, cele două variante de lucru se combină în grupurile psihoterapeutice.

Universitatea SPIRU HARET

VII.2. **Două exemple de abordare psihoterapeutică de grup**

VII.2.1. *Grupul de întâlnire (psihoterapia centrată pe grup)*

Începând cu anii ’60, **Rogers**, inițiatorul psihoterapiei nondirective (centrată pe client), lansează în activitatea sa ideea că schimbarea terapeutică se poate produce şi la nivelul grupurilor, nu numai prin psihoterapie individuală. El elaborează o concepție personală asupra terapiei de grup numită *terapie centrată pe grup* şi propria versiune de grup terapeutic numit *grup de întâlnire (encounter group)*. Diferența esențială față de alte forme de terapie de grup, este aceea că interesul nu cade cu precădere pe dinamica grupului, ci rămâne centrat asupra conştientizării, exprimării şi acceptării propriilor sentimente de către fiecare participant în parte. Scopul este de autocunoaştere şi, pornind de aici, de ameliorare a relațiilor interpersonale. Aceasta nu înseamnă că membrii grupului nu interacționează între ei. Dimpotrivă, prin explorarea şi exprimarea sinceră de către fiecare participant a propriilor preocupări, se creează coeziunea grupului, situație în care posibilitatea unui membru al grupului de a fi înțeles şi acceptat de ceilalți să devină mai mare. Experimentând o astfel de stare în grupul terapeutic, pacientul poate descoperi modalități mai satisfăcătoare de a intra în relație cu alte persoane.

Grupurile au un moderator (psihoterapeutul), care acționează în manieră non-directivă, intervenind minimal, fără să-şi impună punctul de vedere asupra participanților. El are sarcina să urmărească activ evoluția stărilor afective din cadrul grupului, să răspundă emoțional şi să gestioneze atmosfera de grup, astfel încât participanții să se simtă securizați, să își acorde încredere unii altora şi să se simtă acceptați. Sunt stimulate interacțiunile şi chiar confruntările dintre membrii grupului, permițând exprimarea sinceră şi liberă a oricăror sentimente în limitele non-agresivității şi în folosul descoperirii motivațiilor reale ale acestora. Atitudinea terapeutului este suportivă şi se nutreşte din ideea că clienții au capacitatea deplină de a deveni responsabili pentru propriile probleme şi de a descoperi soluții la acestea. Dacă terapeutul este suficient de abil, cu timpul grupul însuşi devine agent terapeutic, iar unii dintre membrii grupului pot prelua temporar rolul de terapeut. Maniera şi tehnicile de lucru sunt aceleaşi ca şi în cazul terapiei individuale centrată pe client. Terapeutul intervine mai ales atunci când anumite sentimente trec neobservate sau pentru a permite tuturor membrilor să se exprime în cadrul grupului. În decursul desfăşurării şedințelor nu există o programare a activității, terapeutul putând folosi, pentru a deschide interacțiunile din grup, formule de genul: „Suntem

Universitatea SPIRU HARET

cu toţii aici. Putem face ca această experienţă de grup să fie exact cum dorim noi" sau „Fiecare dintre cei de aici are o serie de preocupări sau probleme. Putem discuta despre oricare dintre ele."

La grupurile de întâlnire poate participa orice persoană care doreşte să discute despre problemele sale. Experienţa arată că clienţii care profită cel mai mult de pe urma grupurilor de întâlnire sunt cei cu afecţiuni nevrotiforme moderate. Este contraindicată, totuşi, introducerea în grupuri a subiecţilor agresivi, precum şi a celor cu tendinţe de a analiza experienţele în mod sofisticat şi intelectualist, în detrimentul trăirilor emoţionale.

VII.2.2. *Gestaltterapia*

Frederick Perls a iniţiat această formă de psihoterapie al cărei scop este de a-l ajuta pe individ să devină deplin conştient de propria persoană: de patternurile sale de gândire, de senzaţiile sale corporale, de trăirile sale, de comportamentele pe care le pune în acţiune. Terapia gestaltistă combină accentul pus de abordările analitice asupra rezolvării conflictelor interne cu conştientizarea şi luarea în stăpânire a propriului comportament şi cu preocuparea umanistă pentru autoactualizare. Accentul se pune pe conştientizarea modului în care persoana gândeşte, simte şi acţionează în momentul şedinţei terapeutice (aici şi acum), ceea ce permite apoi abordarea conflictelor nerezolvate şi descoperirea acelor aspecte ale personalităţii la care clientul nu a avut până în prezent acces conştient. Gestaltterapia descurajează intelectualizarea, explicaţiile utilizate de majoritatea terapiilor verbale (atât cele dinamice, cât şi cele comportamentale) şi încurajează, în schimb, experimentarea de situaţii noi, provocative care conduc la *insight*. Este o formă de psihoterapie de grup în care terapeutul lucrează focalizat, pe rând, cu câte unul dintre participanţi, în timp ce ceilalţi membrii ai grupului asistă ca observatori ce pot oferi *feeed-back*-uri obiective sau pot fi implicaţi în exerciţii menite să evidenţieze anumite patternuri sau strategii de acţiune sau gândire.

Gestaltterapia dispune de un arsenal tehnico-metodologic bogat, flexibil şi eclectic, ce poate fi adaptat de la caz la caz şi care include: tehnici de focalizare (asupra posturi, gesturilor, senzaţiilor corporale, gândurilor care trec prin minte aici şi acum), tehnica scaunului gol (utilizată mai ales în situaţii conflictuale sau neclare, prin joc de rol cu persoane semnificative sau prin crearea unui dialog imaginar dintre „părţi ale eului"), tehnica punerii în scenă (punerea în acţiune a sentimentelor şi ideilor incomode, nemărturisite sau a unor vise, fantezii)

Universitatea SPIRU HARET

ş.a. Terapeutul gestaltist este activ, provocativ, directiv şi este mai puţin preocupat să ofere interpretări sau să redirijeze procesul de gândire al pacientului. El îşi propune utilizarea de tehnici diferite, modificate liber de la situaţie la situaţie, astfel încât să-l provoace pe client, să-l încurajeze şi să îi ofere un suport în munca de autoexplorare şi autodescoperire.

Această formă de intervenţie terapeutică constă într-un proces de „explorare împreună" şi presupune contactului autentic între persoane reale. Relaţia terapeutică este pe orizontală, de la adult la adult, fiind centrată pe prezent şi accentuând pe experienţa directă a participanţilor. Ea presupune un anumit grad de dezvăluire din partea terapeutului (care oferă *feed-back*-uri, îşi comunică observaţiile asupra pacienţilor şi experienţelor care se desfăşoară în cadrul şedinţelor), dar, în acelaşi timp, asumarea deplină a responsabilităţii fiecărui participant la procesul terapeutic (terapeuţii gestaltişti implică prin chiar stilul lor de relaţionare responsabilitatea clientului în a se sprijini şi autoregla). În această formă de terapie este contraindicată formula „trebuie" sau „ar trebui" şi se utilizează, în schimb, formula „ce doreşti" sau „ce alegi", subliniind ideea de autonomie şi autodeterminare a clientului. Se urmăreşte descoperirea şi deschiderea unor căi care să îi dea posibilitatea clientului să îşi îşi continue procesul de dezvoltare pe cont propriu şi în afara şedinţelor terapeutice. De asemenea, se urmăreşte conştientizarea şi reintegrarea de către pacient a acelor părţi din sine respinse, alienate.

Terapia gestaltistă este indicată în cazul persoanelor cu tulburări nevrotice (anxioase, depresive, fobice, somatoforme), dar şi a celor care trăiesc o stare de nefericire, fără a şti cum să o depăşească. Beneficiază, de asemenea, cei interesaţi de dezvoltare personală, dornici în a lucra asupra conştientizării şi în a produce schimbări în viaţa personală.

VII.3. **Terapia de familie şi terapia de cuplu**

Forme speciale de terapie de grup sunt: *terapia de familie* şi *terapia de cuplu (maritală)*. În aceste cazuri, grupurile care solicită terapie sunt grupuri naturale, deja constituite, care funcţionează în cotidian şi care prezintă diverse probleme, precum: dificultăţi de comunicare, nemulţumire legată de satisfacerea nevoilor şi aşteptărilor fiecăruia, conflicte legate de repartiţia puterii şi luarea deciziilor etc. Pentru astfel de grupuri, terapia nu se focalizează asupra problemelor personale ale fiecărui membru al familiei, ci se centrează pe relaţiile interpersonale.

Universitatea SPIRU HARET

Terapia de familie s-a constituit ca răspuns la constatarea că multe persoane a căror stare s-a ameliorat în urma unei psihoterapii individuale desfăşurată departe de familie (cel mai adesea într-un mediu instituţional: spital, comunitate terapeutică) recădeau o dată cu întoarcerea acasă. Concluzia unei astfel de observaţii este aceea că situaţia familiei respective era profund perturbată şi necesita, la rândul său, modificări pentru a putea menţine câştigurile pacientului. Aşa s-a conturat ideea intervenţiei terapeutice asupra familiei. Terapia de familie porneşte de la premisa că problema apărută la un membru al familiei („membrul-simptom" al familiei) reprezintă de fapt un semnal că ceva nu funcţionează adecvat la nivelul întregului sistem. Cel mai adesea tulburările se manifestă la unul sau mai mulţi dintre copii (sub forma enurezisului, anorexiei, tulburărilor de comportament, ticurilor, balbismului etc.), deoarece aceştia sunt la vârsta la care sunt în întregime dependenţi de familie şi de buna funcţionare a sa, în genere, şi a cuplului parental, în particular. Dificultăţile care pot fi abordate terapeutic se referă la comunicarea deficitară, la crearea unor alianţe între anumiţi membrii ai familiei care îi exclud pe ceilalţi, la inversarea inadecvată a rolurilor în cadrul familiei (copii parentalizaţi sau adulţi infantilizaţi) ş.a. Psihoterapia în această formă presupune întâlniri regulate ale familiei cu terapeutul sau echipa terapeutică, la care este recomandabil să participe, în măsura în care este posibil, toţi membrii familiei. Sarcina terapeutului constă în: a observa şi evidenţia în manieră obiectivă interacţiunile dintre componenţii familiei; în a-i ajuta să conştientizeze, pe fiecare în parte şi pe toţi împreună, într-o manieră non-agresivă, felul în care relaţionează şi modul în care apar problemele; şi în a-i ajuta să-şi modifice treptat comportamentele, stilul de comunicare şi de raportare unii la alţii.

Terapia de cuplu a apărut ca răspuns la dificultăţile relaţionale ale cuplurilor maritale sau necăsătorite. În astfel de situaţii, studiile au arătat că o abordare a problematicii cuplului, în care să fie implicaţi ambii parteneri, este mai eficientă decât o terapie individuală a fiecăruia. O modalitate de lucru recomandabilă este şi cea care combină terapia individuală cu cea de cuplu. În cadrul psihoterapiei se urmăreşte: dezvoltarea capacităţii partenerilor de a-şi exprima şi comunica adecvat sentimentele; creşterea senzitivităţii şi a capacităţii de înţelegere faţă de sentimentele şi nevoile celuilalt; învăţarea de modalităţi non-agresive de comunicare şi de negociere a conflictelor; conştientizarea şi modelarea reciprocă a aşteptărilor de rol a celor doi. Pentru cuplurile care doresc să se căsătorească, apelul la un specialist în vederea unei consilieri premaritale poate fi de real folos. Viitorii soţi au astfel ocazia să îşi clarifice

Universitatea SPIRU HARET

expectațiile şi nevoile reciproce, sistemele de valori, credinţe şi atitudini personale şi să găsească modalităţi de compromis satisfăcătoare, în vederea evitării unor conflicte ulterioare.

VII.4. **Echipa terapeutică**

Psihoterapia, ca relaţie interpersonală care se stabileşte între client şi terapeut, presupune din partea acestuia din urmă activism, luciditate, atenţie, delicateţe, sensibilitate, capacitate de pătrundere şi de înţelegere. Dacă în terapia individuală, psihoterapeutul creează şi asigură un climat de încredere lucrând cu un singur client, în cazul psihoterapiei de grup el are de-a face concomitent cu mai multe persoane, fiecare cu trasee de viaţa distincte, cu stiluri comportamentale variate, cu probleme şi aşteptări diferite. Complexitatea şi unicitatea fiinţei umane fac ca nici un grup să nu semene cu altul, iar dinamica şi evoluţia lor pe parcursul şedinţelor terapeutice să fie aproape imprevizibile. Între membrii grupului se pot înfiripa şi stabili orice fel de relaţii: de atracţie sau respingere, de simpatie sau antipatie, de indiferenţă, de cooperare, de competiţie sau conflict. Se poate ca unul dintre participanţi să tindă să devină lider sau să încerce să acapareze interesul celorlalţi pentru a-l centra numai asupra problemelor sale. Există cazuri de indivizi care într-un astfel de context încearcă să-i impresioneze pe ceilalţi, să-i domine, intelectualizând puternic sau ironizând.

În grupul terapeutic, psihoterapeutul este cel de la care se aşteaptă să facă faţă unor astfel de situaţii, să ofere fiecărui participant şansa de a se exprima, de a lucra cu sine şi cu ceilalţi, de a trece prin noi experienţe relaţionale. Pentru a face faţă acestor expectaţii, în psihoterapiile de cuplu, de familie sau de grup (unde în faţa consilierului se află mai mult de o persoană), se recomandă lucrul în *echipă terapeut - coterapeut*. Coterapeutul poate fi un specialist aflat în perioada de formare sau un profesionist deja format. El este, în genere, o persoană avizată, al cărei rol este de a suplini, de a completa scăpările, clipele de neatenţie, de oboseală ale coechipierului său, de a sesiza aspecte pe care acesta le-a neglijat din cauza solicitărilor multiple. Sunt momente în care unii dintre participanţii la grup pot deveni neinteresaţi sau uşor plictisiţi de problema pusă în discuţie. În alte împrejurări se poate ca unii dintre ei să fie marginalizaţi de ceilalţi, să nu fie ascultaţi, să nu li se ceară părerea sau, pur şi simplu, să nu se ţină cont de ea. Este de dorit ca diada terapeutică să observe prompt astfel de situaţii şi să le remedieze, stimulându-i pe cei care tind către izolare sau pasivitate şi moderându-i,

Universitatea SPIRU HARET

după caz, pe cei agresivi, violenți verbal, cu tendințe spre monopolizarea atenției grupului şi a discuțiilor. Uneori însă, terapeutul, implicat într-o tehnică centrată pe individ, poate scăpa din vedere semnele care indică nemulțumirea, disconfortul, lipsa de interes a unor participanți. Coterapeutului îi revine sarcina de a-i atrage discret atenția colegului său asupra situației create, de a-l sprijini, completându-i demersul cu unele observații, întrebări, intervenții care să permită deblocarea momentelor de stagnare, o evoluție dinamică şi o implicare echilibrată a tuturor membrilor grupului. De altfel, coterapeutul trebuie să fie pregătit să preia oricând, dacă este cazul, atribuțiile terapeutului. Sentimentul de siguranță generat de suportul oferit de coechipier permite terapeutului însuşi să fie mai relaxat, autentic, destins şi implicat sincer, cu curaj în ceea ce face.

În terapia de cuplu, mai ales, este de preferat ca echipa terapeutică să fie formată dintr-o pereche bărbat-femeie, ceea ce conferă simetrie relației terapeutice. Principalul avantaj al acestei formule este că evită apariția la clienți a sentimentului că s-ar crea o alianță cu terapeutul pe baza similitudinii de sex. Şi în lucrul cu familii sau cu alte grupuri este de dorit această formulă a cuplului terapeutic (cu excepția cazului în care este vorba de un grup format numai din persoane de acelaşi sex). În unele forme de terapie de familie se lucrează cu echipe lărgite, care asistă în spatele unui perete cu vedere unilaterală la şedințele propriuzise conduse de unul sau doi psihoterapeuți. După întâlnirea cu familia, urmează o discuție în cadrul grupului de terapeuți în cadrul căreia se formulează şi se discută ipoteze asupra problematicii constatate, asupra modelelor relaționale observate şi se elaborează strategia de intervenție pentru viitor.

REZUMAT

Experiența clinică a demonstrat în timp că multe dintre problemele emoționale ale persoanelor care solicită spijin psihoterapeutic sunt legate de dificultățile de relaționare şi de comunicare ale acestora. Astfel de situații pot fi abordate atât în cursul unei psihoterapii individuale, cât şi în formula terapiei de grup. În grup, clienții au ocazia să lucreze asupra propriilor probleme în prezența celorlalți participanți, să constate că nu sunt singurii care se află într-o situație de dificultate, să observe reacțiile celorlați la comportamentele, ideile sau relatările lor şi, de asemenea,

Universitatea SPIRU HARET

să-şi exprime opiniile şi sentimentele faţă de colegi şi faţă de reacţiile lor. Se poate lucra cu grupuri omogene, formate din clienţi cu acelaşi tip de problematică sau cu grupuri heterogene, alcătuite din pacienţi cu probleme diferite. Există variante de terapie de grup în care se lucrează în principal asupra dinamicii de grup şi variante în care se lucrează pe rând, focalizat cu fiecare persoană. Adeseori, psihoterapia de grup se recomandă în combinaţie cu terapia individuală.

Exemple de tipuri de grupuri psihoterapeutice sunt: grupurile de întâlnire iniţiate de Rogers, grupurile gestaltterapeutice promovate de Frederick Perls, alături de multe alte forme de lucru psihoterapeutic în grup. În grupurile de întâlnire interesul nu cade cu precădere pe dinamica grupului, ci rămâne centrat asupra conştientizării, exprimării şi acceptării propriilor sentimente de către fiecare participant în parte. Psihoterapeutul rogersian acţionează în manieră non-directivă, intervenind mai ales atunci când anumite sentimente trec neobservate sau pentru a permite tuturor membrilor să se exprime în cadrul grupului. Grupurile gestaltterapeutice îşi propun să îi ajute pe participanţi să devină deplin conştienţi: de patternurile proprii de gândire, de senzaţiile corporale, de trările, de comportamentele pe care le pun în acţiune. Este o formă de psihoterapie de grup în care terapeutul lucrează focalizat, pe rând, cu câte unul dintre participanţi, în timp ce ceilalţi membrii ai grupului asistă ca observatori ce pot oferi *feeed-back*-uri obiective sau pot fi implicaţi în exerciţii menite să evidenţieze anumite patternuri sau strategii de acţiune ori de gândire. Terapeutul gestaltist este activ, provocativ, directiv şi utilizează tehnici diferite, modificate liber de la situaţie la situaţie.

Terapia de familie s-a conturat pornind de la constatarea că multe persoane a căror stare s-a ameliorat în urma unei psihoterapii individuale desfăşurată departe de familie recădeau o dată cu întoarcerea în mediul familial. Astfel s-a conturat premisa că problema apărută la un membru al familiei („persoana-simptom") reprezintă de fapt un semnal că ceva nu funcţionează adecvat la nivelul întregului sistem familial şi că o intervenţie eficientă presupune antrenarea tuturor membrilor familiei respective. Terapia de cuplu a apărut ca răspuns la dificultăţile relaţionale şi de comunicare ale cuplurilor maritale sau necăsătorite. În astfel de situaţii, studiile au arătat că o abordare în care să fie implicaţi ambii parteneri este mai eficientă decât o terapie individuală a fiecăruia. În cazul terapiei de familie şi a terapiei de cuplu (maritală) grupurile care solicită terapie sunt grupuri naturale, deja constituite, care funcţionează în cotidian şi care acuză diverse dificultăţi. Pentru astfel de grupuri, terapia nu

Universitatea SPIRU HARET

îşi propune un demers de profunzime asupra problemelor personale ale fiecărui membru al familiei, ci se centrează pe relaţiile interpersonale.

În activitatea cu grupul terapeutic, psihoterapeutul are de-a face concomitent cu mai multe persoane, fiecare cu manifestări, cu probleme şi cu cerinţe diferite. De la el se aşteaptă să facă faţă acestor solicitări complexe, să ofere fiecărui participant şansa de a se exprima, de a lucra cu sine şi cu ceilalţi, de a trece prin noi experienţe relaţionale. Pentru a răspunde acestor expectaţii, în psihoterapiile de cuplu, de familie sau de grup se recomandă lucrul în echipă. În terapia de cuplu, mai ales, este de preferat ca echipa terapeutică să fie formată dintr-o pereche bărbat-femeie, ceea ce dă conferă simetrie relaţiei terapeutice. În unele forme de terapie de familie se lucrează cu echipe lărgite, care asistă în spatele unui perete cu vedere unilaterală la şedinţele propriu-zise conduse de unul sau doi psihoterapeuţi, şi care participă ulterior la discuţii şi la elaborarea strategiei de intervenţie pentru viitor.

CONCEPTE-CHEIE

Psihoterapie de grup – Ansamblu de intervenţii psihoterapeutice asupra tulburărilor şi suferinţelor psihopatologice prin acţiunea specifică a proceselor de grup asupra indivizilor care îl compun. Presupune un sistem de metode şi tehnici psihoterapeutice care se aplică unui ansamblu de persoane, între care se stabilesc relaţii psihologice reciproce, atât manifeste, explicite, cât şi latente, implicite. Terapia de grup se bazează esenţial pe comunicare şi reprezintă un travaliu din care beneficiază fiecare membru al grupului.

Psihoterapie de cuplu – Modalitate de tratament psihoterapeutic care se adresează cuplurilor maritale sau necăsătorite ce întâmpină dificultăţi relaţionale. În aceste cazuri, demersul terapeutic nu vizează probleme personale de profunzime ale participanţilor (aspecte care pot fi atinse în terapia individuală a fiecăruia), ci se urmăreşte conştientizarea şi dezvoltarea capacităţilor partenerilor de a relaţiona şi comunica adecvat şi eficient în cadrul relaţiei de cuplu. De obicei, în terapia de cuplu se lucrează cu o echipă terapeutică mixtă.

Universitatea SPIRU HARET

Psihoterapie de familie – Modalitate de tratament psihoterapeutic care vizează familia ca sistem, centrând acțiunea terapeutică, nu pe tulburările individului, ci pe difuncțiile sistemului familial. Această abordare consideră individul cu manifestări psihopatologice (persoana-simptom) ca parte din patologia sistemului şi care exprimă suferința întregii familii. De regulă, terapia de familie vizează subsistemul marital, subsistemul relațiilor dintre copii şi homeostazia interacțiunilor dintre cele două subsisteme.

Dinamică de grup – Expresie creată de **Kurt Lewin** în urma cercetărilor sale asupra grupurilor mici şi care a fost ulterior dezvoltată inclusiv în sensul psihoterapiei de grup prin integrarea aportului psihodramei şi al sociometriei lui **Jacob Levy Moreno**. Dinamica de grup se referă la structurile de putere, comunicarea, rețelele de afinități şi respingeri, procesele de luare a deciziei, stilurile de conducere, creativitatea colectivă, emoțiile şi mentalitatea de grup etc.

Coterapie – Formă de colaborare existentă între psihoterapeuți atunci când abordează cupluri, familii sau grupuri terapeutice. Dat fiind faptul că numeroase solicitări pentru asistență terapeutică se referă la dificultăți de interacțiune cu ceilalți, de relaționare şi de comunicare, terapia de grup s-a impus în ultimele decenii ca o alternativă viabilă la terapia individuală. În această formulă, de regulă se lucrează cu o echipă terapeutică formată din doi sau mai mulți specialişti, care interacționează simultan cu mai multe persoane, reunite în vederea rezolvării unor probleme de natură psihică.

Echipă terapeutică – Grup de mai mulți psihoterapeuți care dirijează un grup psihoterapeutic, care îşi repartizează rolurile între ei şi utilizează analiza intertransferului în terapie. Forma cea mai curentă este cea de cuplu de terapeuți care animă un cuplu sau un grup şi reaprind la participanți imaginea cuplului parental. Terapeuții pot avea un statut egal, fapt care le permite să intervină fiecare în mod liber, sau pot fi observatori neparticipanți şi pot discuta numai în afara şedințelor cu psihoterapeutul sau cu psihoterapeuții principali.

Universitatea SPIRU HARET

EXTINDERI

MANIERA EXPERIENȚIALĂ DE LUCRU CU GRUPURI DE DEZVOLTARE PERSONALĂ

(Articole publicate în „Revista de psihoterapie experiențială”, numerele 6/1998 şi 4/1998)

„OCEANUL” – SCENARIU METAFORIC CU SUPORT MUZICAL

Scenariul metaforic, ca tehnică terapeutică, oferă un cadru de referință, puncte de reper pe baza cărora subiecții îşi pot defini propriile modalități de acțiune şi de raportare la realitate. Aceste ancore creionează situații provocative cu un grad mai mare sau mai mic de ambiguitate în care cei implicați proiectează elemente caracteristice modurilor de funcționare interioară. Tocmai pentru că fundamentul este oferit de calitățile pe care le are metafora şi anume: de a fi mai puțin precizată şi de a permite asociații cu diverse situații de viață, utilizarea unui astfel de scenariu va deschide mai multe direcții de acțiune cu efecte terapeutice. Conexiunile se pot face cu momente trecute, prezente şi posibile. În funcție de stimulii evocatori din cadrul de referință există diverse posibilități. În unele cazuri se poate declanşa redeveloparea unor experiențe anterioare. Se pot retrăi momente de viață, stări afectiv-emoționale, se pot relua trasee cognitive şi, în acelaşi timp, există posibilitatea ca participanții să privească evenimentele petrecute şi din alte perspective. Întrucât scenariul metaforic oferă situații inedite, el este prilej de îmbogățire personală, de lărgire a repertoriului de posibile strategii de acțiune şi de stimulare a creativității. Totodată se poate constitui într-un mijloc de perfecționare a capacității de adaptare la nou. Situațiile provocative, prin analogia cu situații reale, pot fi privite ca modalități de antrenament în vederea „confruntării cu ofertele viitorului”. Parafrazându-l pe Moreno, putem spune că jucarea cât mai multor roluri, implicarea în contexte variate, utilizarea fanteziei ca mijloc de creştere personală se constituie într-o experiență sanogenă.

„Oceanul” (tehnică introdusă de prof. dr. Iolanda Mitrofan şi aplicată şi îmbogățită de noi în cadrul grupurilor de dezvoltare personală) s-a dorit a fi o combinație între lucrul cu metafora, scenariul psihodramatic şi elemente de terapie prin dans şi mişcare (TDM).

Universitatea SPIRU HARET

Cadrul de referință pus la dispoziția participanților a fost reprezentat de ocean şi elementele sale componente. Am utilizat un fundal muzical cu zgomot de valuri şi sunete de pescăruşi care se amplifică treptat.

Instructaj : « *Vă propunem să vă imaginați că voi toți, laolaltă, alcătuiți un ocean. Fiecare dintre voi este o parte componentă a acestui ocean. Puteți fi orice element doriți: o picătură de apă, un val, o algă, un peşte etc. Încercați să deveniți parte din ocean pe care v-ați ales-o să vă identificați cu ea. Sunteți un ocean care se trezeşte la viață. Este dimineață, soarele răsare... vă treziți la viață... Fiți atenți la tot ceea ce simțiți, la tot ce se întâmplă în jur...*

.....

(Începe muzica ritmată, antrenantă)

Soarele începe să urce, încălzeşte tot mai tare... Razele lui pătrund prin apa oceanului, se fac tot mai mult simțite, iar voi sunteți tot mai plini de viață...

.....

Acum, dacă priviți cu atenție în jur, deşi totul pare la fel ca înainte, pe suprafața oceanului au început să apară oameni-pescari cu bărcile lor.

.....

Apar acum nave cu combustibili care încep să polueze oceanul vostru. Este soare, aer, dar poluarea începe să se întindă. Apa s-a umplut de petrol. Au năvălit oamenii cu vasele lor. În acest moment, o pată mare de petrol începe să se verse dintr-un vas care a naufragiat... Pata se întinde... Este acelaşi ocean, dar puțin altfel... tot mai plin de petrol. La suprafață pare la fel: soare, cald. Sunteți în continuare atenți la ce se întâmplă cu voi, în jurul vostru, cu oceanul vostru. Sunteți atenți la ceea ce auziți, simțiți, mirosiți în acest ocean tot mai plin de petrol...

(Muzica încetează. Zgomot de valuri şi de pescăruşi care se stinge treptat)

Este oceanul vostru. Sunteți parte a acestui ocean pe care l-a ajuns poluarea. Valurile se sting. Este tot mai întuneric. Nu prea mai este aer. Poate nu vă dați seama, dar situația devine tot mai gravă. Nu mai este aer, nu mai este lumină. Ultimele zvâcnete de valuri... Oceanul se apropie încet, dar sigur de nemişcare. Nu este noapte, este mai mult decât noapte... Întuneric complet... Nu mai este pic de aer. În curând valurile vor înceta şi nu va mai fi nimic...

(Linişte; câteva minute fără fond muzical)

Este un ocean în care nu se mai întâmplă nimic... Nimic nu se aude, nu mai este nici o undă de lumină... Trăiți această stare în care a ajuns oceanul vostru şi voi ca părți ale lui.

.....

Universitatea SPIRU HARET

Iată că se porneşte un curent puternic, nu se ştie de unde şi care, puţin câte puţin, începe să ducă petrolul departe.
(Reîncepe zgomotul de valuri şi pescăruşi care se amplifică treptat.)
Pata de petrol se retrage, parcă pătrunde puţin soare, puţin aer. Sunteţi părţi ale acestui ocean, care, puţin câte puţin, începe să respire, să se bucure de lumina pierdută pentru un timp... Sunteţi parte a aceluiaşi ocean, care, iată, se trezeşte la viaţă încă o dată, se umple din nou de lumină, de aer. Vă uitaţi în jur... în interiorul vostru. Sunteţi un ocean care se trezeşte la viaţă. Ce s-a schimbat oare? Valurile freamătă, voi sunteţi parte din acest ocean, vă uitaţi în jur, vă reamintiţi unii de alţii, aţi revenit la viaţă.
(Mai departe, desfăşurarea fondului muzical are loc fără instructaj specific. Pe sunetul valurilor care se sting)
Oceanul se pregăteşte acum de culcare... Noaptea se apropie, iar oceanul va adormi păstrând cu sine această zi plină de experienţe... A doua zi se va trezi pregătindu-se de noi experienţe ! »

Plecând de aici, li se oferă subiecţilor posibilitatea să se transpună în roluri inedite, să traverseze împreună o succesiune de evenimente metaforice, fiind susţinuţi în acest periplu de un fond muzical adecvat (zgomotul valurilor, ţipete de pescăruşi, ritmuri).

Suportul melodic oferă multiple avantaje: facilitează intrarea în atmosferă şi experimentarea unor trăiri afective mai intense; stimulează motricitatea şi modalităţile de exprimare kinestezic-posturală; deblochează expresivitatea corporală; permite accesul la zone neexplorate încă ale personalităţii.

Lucrând cu suport muzical în mai multe variante am putut constata că, spre deosebire de terapia prin dans şi mişcare clasică, combinaţia metaforă-muzică-mişcare uşurează developarea analizei ulterioare. Experienţa ne-a arătat, în câteva rânduri, că în şedinţele de TDM ies la lumină o serie de simboluri personale exprimate prin mişcări pe bază de ritm, dar analiza lor este destul de dificilă; adesea participanţii nu simt nevoia să vorbească despre experienţele trăite. În opinia noastră, un punct în plus al scenariului metaforic cu suport muzical ar fi că pune la dispoziţia membrilor grupului nişte jaloane simbolice (vezi instructajul terapeutic) la care aceştia se pot raporta pe parcursul experienţei.

Din acest punct de vedere, scenariul elaborat de noi cu cele trei momente principale: trezirea la viaţă, poluarea şi renaşterea, face trimiteri la evenimente de viaţă şi modalităţi de a le rezolva. În desfăşurarea lor, aceste episoade stârnesc trăiri şi reacţii specifice fiecărui participant în parte căci îi provoacă să facă faţă pe rând: a) unui moment de început,

Universitatea SPIRU HARET

unei perioade de iniţiere, de acomodare, de cunoaştere şi de intercunoaştere (trezirea la viaţă); b) unei situaţii de criză, unei ameninţări inevitabile (poluarea); c) şi, în fine, unei rezolvări neaşteptate a problemei cu şansa revenirii la condiţiile iniţiale (renaşterea). Ulterior, subiecţii pot evoca diverse momente cu comportamenetele şi stările afective pe care le-au ocazionat. Ei îşi pot conştientiza o serie de dificultăţi personale, de limite şi disponibilităţi. Îşi pot clarifica aspecte legate de modul propriu de raportare la lume şi la ceilalţi, pot deveni conştienţi de o serie de tendinţe, idealuri, aspiraţii şi nevoi.

Grupul cu care am lucrat această tehnică a fost format din 6 persoane, care, în oceanul nostru imaginar, au fost: un peştişor, o steluţă de mare, un coral, o stâncă devenită ulterior balenă, Inima Oceanului şi o parte a oceanului care trece prin transformări succesive (pescăruş, coral, algă etc.)

Iniţial, fiecare participant şi-a precizat identitatea, şi-a delimitat spaţiul personal, iar apoi, intrând în atmosferă, a început să exploreze mediul înconjurător şi să încerce prime contacte timide cu alte elemente ale oceanului. Au existat atât componente statice (coral, stâncă), precum şi altele care au preferat mişcarea şi interacţiunea (steluţă de mare, peştişor). Ameninţarea a fost tratată la început cu un amestec de uimire şi indiferenţă. Deşi reacţiile ulterioare au fost diferite, situaţia critică i-a condus către creşterea solidarităţii, aşa cum se întâmplă şi în realitate, când momentele tragice îi apropie pe oameni. Depăşirea crizei şi efectul ei coeziv au fost vizibile în creşterea evidentă a numărului de interacţiuni şi în deblocarea expresivităţii corporale şi a creativităţii de grup. „*La început, fiecare ne mişcam în colţul lui, ne mai întâlneam, mai dădeam unul peste altul, dar era oarecum haotic. Pe când a doua oară ne-am mai armonizat, ne-am lăsat purtaţi de acelaşi val*." (spunea „o parte a oceanului"). De la interacţiuni în diade, trecând prin triade şi alcătuirea unui şir, s-a ajuns la construirea spontană a unei mandale (cerc) ca simbol al sinelui colectiv. Acest dans magic cu caracter de ritual a apărut ca un prilej de încărcare energetică şi de acces la resurse profunde, arhetipale.

Iată o parte din discuţia ulterioară acestei experienţe provocative
T: Cum a fost la început?
O Parte a Oceanului: La început, nu ştiam ce să fiu. Mi-a plăcut să mă simt o parte din ocean purtată de valuri, scăldată de lumina soarelui.
Steluţa de mare: Iniţial îmi era frig. Era prea de dimineaţă.
Mi-era greu să mă trezesc. După aceea mi-am revenit. Soarele a început să ne încălzească pe toţi.

Universitatea SPIRU HARET

T: Te-a încălzit cât ți-a trebuit?
Steluța de mare: M-am încălzit mai mult decât ar fi trebuit. Celelalte componente au fost foarte jucăuşe. M-am antrenat în jocul lor.
T: Cum a fost când a apărut pata de petrol?
Steluța de mare: La început nu a fost chiar aşa de... simțită.
T: După aceea cum ai început să o simți?
Steluța de mare: Neagră ca petrolul, grea.
T: Cum era când te apăsa ceva greu?
Steluța de mare: (râde): Distractiv... (reacție de defensă)
T: Dar altfel, cum a fost?
Steluța de mare: (neliniştită, preocupată): Nu ştiu, ar trebui să simți într-adevăr ca să poți spune exact. Să simulezi este cam greu.
Peştişorul: Prima dată, când s-a trezit oceanul la viață, nu ştiam exact ce să fiu. Am vrut să fiu ceva care să se plimbe, să se mişte. Apoi am ales un peştişor mic, sclipitor care simțea soarele acolo sus şi veselie... Apoi, când a venit pata de petrol doar pe o porțiune, am fugit de acolo, iar când a cuprins toată suprafața m-am dus acolo jos unde ştiam că este cineva să mă apere.
T: Ce ai găsit acolo?
Peştişorul: M-am ascuns în nisip.
T: Şi cum ai respirat acolo?
Peştişorul: Bine. Ştiam că pot să supraviețuiesc şi că nu voi muri şi că voi ajunge din nou sus. Pe urmă am ajuns sus, dar nu mai era ca prima dată când s-a trezit oceanul la viață.
T: Nu mai era ca prima dată?
Peştişorul: Nu ştiu, mă gândeam că poate mai vine altă pată de petrol şi mă gândeam ce o să mă fac atunci, unde o să mă mai duc şi trebuia să găsesc ceva nou.
T: Deci te gândeai ce o să mai faci în caz că...
Peştişorul: Nu puteam să mai fiu ca prima dată, să fiu veselă, să nu am nici o grijă. (strategia defensiv-adaptativă naşte la distanță efect de anxietate, neliniște anticipatorie).
T: Şi cum a fost când ai văzut că n-a mai venit încă o pată de petrol?
Peştişorul: A fost bine. Am adormit liniştit când a venit noaptea, dar totuşi mă gândeam la a doua zi, că poate iarăşi...
T: Te gândeai că a doua zi...
Peştişorul: Da. Cine ştie ce o să se întâmple şi atunci. Dacă nu era pată de petrol, putea să fie altceva.
T: Tu, Stâncă, unde erai: pe fundul mării, sus?
Stânca-balenă: Jos.

Universitatea SPIRU HARET

T: Erai înaltă?
Stânca-balenă: Eram mare.
T: Şi ce vedeai acolo?
Stânca-balenă: Zbânțuială.
T: Cum ți se părea zbânțuiala din jurul tău?
Stânca-balenă: Nu ştiu, mi se părea ameţitor.
T: Ce gândeai despre cei care se zbânțuiau în jurul tău?
Stânca-balenă: Ia uită-te şi la peştii ăştia! N-au ce să facă. Se foiesc pe aici.
T: Te-au deranjat?
Stânca-balenă: Nu, nu m-au deranjat... (rezistență)
T: Dar ce simțeai față de ei?
Stânca-balenă: Mă simțeam... deranjat (grimasă). Era spațiul meu şi se tot foiau pe acolo fără sens. Dar nu m-au deranjat ca prezență. După aceea, am zis că sunt balenă. (strategie adaptativ-transformativă de tip autocentric; nevoie de dominare; jocul „de-a şeful".)
T: Ce te-ai hotărât?
Stânca-balenă: Să-i împrăştii.
T: Ca să nu mai stea în spațiul tău... I-ai împrăştiat?
Stânca-balenă: Nu.
T: Dar ce ai făcut?
Steluța de mare: S-a zbânțuit şi el cu noi.
T: Şi ce ți s-a mai întâmplat ca balenă?
Stânca-balenă: Când am început eu să văd cum stă treaba, a apărut petrolul.
T: Cum a fost când a apărut petrolul?
Coralul: A fost primul afectat.
T: Aşa este?
Stânca-balenă: Da, pentru că fiind balenă aveam nevoie să ies la suprafață ca să respir.
T: Tu erai un pic deosebit de ceilalți care trăiau în mediul acesta. Mai aveai nevoie şi de altceva în plus față de ei... Şi ce ai făcut când ți-ai dat seama că nu mai poți să ieşi să respiri?
Stânca-balenă: Am coborât la fund şi am stat liniştit acolo.
T: Erai tot balenă...
Stânca-balenă: Nu.
T: Dar în ce te-ai transformat ca să poți trăi în mediul acela?
Stânca-balenă: În stâncă. (Revine la starea inițială; defensă prin retragere; autoprotecție; întărirea Eului; egocentrism.)
T: Ți-ai păstrat posibilitatea aceasta....

Universitatea SPIRU HARET

Stânca-balenă: Da.
T: Cum ai văzut ca stâncă ceea ce se întâmpla?
Stânca-balenă: Nu m-a deranjat.
T: Dar pe ceilalți i-ai văzut? Ți-ai dat seama că se întâmplă ceva cu ei?
Stânca-balenă: Da. Nu prea îşi dădeau ei seama ce se întâmplă de fapt. Până la un moment dat, când s-a insistat. „Domnule, e petrol, calmați-vă!" Nu prea înțelegeau ce înseamnă treaba asta.
Steluța de mare: Poate se luptau din răsputeri să supraviețuiască.
T: Pentru tine cum a fost, Parte a Oceanului?
O Parte a Oceanului: Eu am resimțit-o ca pe un pericol şi apoi m-am întristat, ştiam că pata de petrol se va întinde şi că sfârşitul era inevitabil. Chiar a fost ceva dureros pentru că ştiam că o să piară toată viața din ocean. Şi am fost dezamăgită pentru că a ținut prea puțin partea frumoasă. (Ataşament hedonic; resemnare; depresie şi dependență emoțională.) Mie nu mi-a păsat ce parte a oceanului sunt. M-am concentrat pe a mă simți parte a unui întreg plin de viață, fremătător şi ştiam că toate acestea se vor termina. Am fost tristă şi ştiam că eu, ca parte a oceanului, nu am ce face împotriva petrolului.
T: Te simțeai neputincioasă?
O Parte a Oceanului: Da.
T: Cum este când eşti neputincioasă?
O Parte a Oceanului: Ştiam că nu pot să fac nimic, că o să mor şi eu o dată cu restul. (Strategia emoțională: demisia.)
Peştişorul: Cred că nu este bine. Nu poate să fie bine să fii neputincios.
T: Tu te-ai simțit aşa, Peştişorule?
Peştişorul: Eu când am auzit de pata de petrol am crezut că este vorba de ceva mic şi că trebuie să vină cineva să facă ceva să nu se întindă. Dar pe urmă, când am văzut că se întinde şi se întinde, şi se întinde, şi chiar nu mai aveai unde să te duci... trebuia să faci ceva, trebuia să găseşti un loc să supraviețuieşti. (Strategie activă: luptătorul.)
T: Ce s-a întâmplat când ați văzut că este din ce în ce mai rău?
Peştişorul: Păi am găsit locul acela de adăpost. Stăteam acolo, dar ştiam că o să treacă... N-o să rămână la nesfârşit pata de petrol... Şi eu o să stau cu capul în nisip... (rezistența optimistului; forța Eului)
T: Tu, Parte a Oceanului, ştiai că o să treacă?
O Parte a Oceanului: Aveam senzația că o să mă cufund într-un somn. Chiar dacă petrolul rămânea la suprafață şi nu-i simțeam apăsarea, îmi lua lumina, aerul, îmi lua contactul cu restul.
Peştişorul: Ar fi fost foarte frustrant dacă nu ne mai trezeam şi rămâneam acolo.

Universitatea SPIRU HARET

O Parte a Oceanului: Era ceva ca un mormânt, dar ca un mormânt în care dormi, nu simțeam că dispar cu totul.
T: Pe tine ce te-a făcut, Peştişorule, să alegi locul tău de adăpost lângă stâncă?
Peştişorul: Era mare şi ştiam că trebuie să găsesc adăpost.
T: Când te-ai adăpostit lângă el, ştiai ce este?
Peştişorul: Bănuiam că este ceva ca o stâncă, ceva imens, solid şi bine înfipt. (Strategie adaptativă de securizare.)
T: Dacă era o caracatiță, ce te făceai?
Peştişorul: Ei, şi eu eram din ocean... şi ea era din ocean... (Strategie adaptativă de negociere.)
T: Dar dacă era un monstru care mănâncă peştişori?
Steluța de mare: (râzând): Oamenii la greu uită de rivalități. (Sprijin pe forța socială.)
Peştişorul: Nu m-am gândit că o să mă mănânce cineva. Nu avea cum să mă mănânce. (autoîncredere)
T: Nu erai de mâncat...
Peştişorul: Nu...şi când vezi ceva sclipitor, nu mai ştii ce este dedesubt. (strategie de disimulare; flexibilitate)
T: Coralule, pentru tine cum a fost?
Coralul: Nu mă deranja faptul că lipseau lumina, aerul, ci că nu era mişcare. Plictiseală... Mai bine dormi!
T: La început, când era soare şi lumină, tot aşa stăteai. Nu te plictiseai?
Coralul: Mă uitam la cei din jur.
T: Erai ca un spectator la ceea ce se întâmpla în jur?
Coralul: Da... (introversie receptivă; detaşare)
T: Şi pe urmă ce ai simțit în afară de plictiseală?
Coralul: Că nu sunt şi ei corali să nu fie deranjați de ceea ce este acolo sus? (autoîncredere; deschidere spre solidaritate, dar cu menținerea pasivitățiii autocentrice)
T: Era mai bine pentru ei să fi fost corali?
Coralul: Poate.
T: Tu, Inima Oceanului? Cum a fost când te-ai trezit la viață?
Inima Oceanului: A fost foarte bine. Mă simțeam foarte bine. La un moment dat am încercat să îi strâng pe toți în jurul meu, să fie acolo sub supravegherea mea.
T: Simțeai nevoia, ca inimă a oceanului, să îi ai sub supraveghere.
Inima Oceanului: Să îl am acolo şi să ştiu că sunt bine. (maternă, protectoare, educativă) Pe Coral am încercat să îl corup de câteva ori. M-am gândit să îl trezesc un pic la viață. Să îl scot din apatie, dar n-am reuşit. A dat puțin din picioare, s-a fățâit aşa, mai mult pe loc...

Universitatea SPIRU HARET

T: Cum te-ai simțit când ai văzut reacția lor? Când ai văzut că nu ai reuşit?
Inima Oceanului: Ei, copii neascultători.
T: Erai ca o mamă cu copii neascultători...
Inima Oceanului: Fiecare făcea ce voia... Dacă eu voiam să le impun să se strângă într-un colțişor şi să stea acolo, evident că nu se putea. Apoi, când a venit pata de petrol, le-am dat câte o pernuță să se apere (se referă la utilizarea materialului auxiliar din încăpere).
T: Şi ce-au făcut când le-ai dat pernuțele?
Inima Oceanului: La început cred că nu au înțeles de ce le dădeam pernuțele.
O Parte a Oceanului: Eu le-am resimțit ca pe un colac de salvare, ceva cu care încerca să ne scoată la suprafață.
Peştişorul: Eu am refuzat la început.
T: Deci tu ai fost foarte responsabilă ca Inimă a Oceanului pentru tot ce se întâmpla acolo, pentru toți ceilalți. Ai încercat să iei măsuri. Dar... când ai văzut că nu toți te înțeleg?
Peştişorul: Eu simțeam că ea ştie exact că pata de petrol o să se întindă şi că va trebui să te duci la fund să te salvezi, iar eu refuzam să cred că pata se va întinde (raporturile cu autoritatea maternă).
O Parte a Oceanului: Eu am intuit intenția ei, dar mi s-a părut inutilă. Mi se părea că nu are ce să facă, nu are cum să mă ajute şi totuşi am acceptat oferta (raportul cu mama).
Inima Oceanului: La început, când au venit oamenii şi ne deranjau, am vrut să fac valuri şi să-i trimit înapoi (apărarea familiei; instinctul de protecție maternă).
T: Am văzut că erai singura care te agitai.
Inima Oceanului: Da, înainte de pata de petrol. Şi încercam să am o legătură specială cu vremea şi să dea o furtună pe ocean, să-i îndepărteze. Să se distreze, dar în limitele rezervării mediului. Dacă am văzut că nu se poate şi că o navă a naufragiat, am vrut să salvez naufragiații... (Intervenție majoră maternă; relația cu natura creativă şi protectivă.)
T: Şi cum a fost când ai văzut că ai încercat să-i ocroteşti pe ceilalți dar pata s-a întins?
Inima Oceanului: Încercam să o dau la o parte. Încercam să le dau aer. La început am stat şi eu pe loc şi m-am gândit un pic, pe urmă am luat pernuțe, le-am distribuit fiecăruia. Eu mi-am luat două pernuțe şi am început să fac aer (strategia luptătorului creativ, de tip matern; reanimare).
T: Şi când ai văzut că pe ei îi cuprinde somnul?
Inima Oceanului: M-a cuprins un pic disperarea când am văzut că nimeni nu voia să se salveze, toată lumea pica acolo...

Universitatea SPIRU HARET

T: Dar voi ce ați făcut când ea se străduia lângă voi?
Peştişorul: Păi ce să salvăm... El era stâncă, eu eram peştişor, el era coral, ce puteam noi să facem cu pata de petrol?
T: Pentru tine Stea de mare, cum era când ai văzut că toți erau căzuți şi numai Inima Oceanului se agita să facă ceva?
Steluța de mare: Mă cam distra că săraca se zbuciuma atâta şi nu reuşea nimic. (relația negativă cu mama - agresivitate, cinism).
T: Cum a fost, Coralule, să pățeşti aşa ceva din partea Inimii Oceanului care voia să facă ceva bine? (La un moment dat, Inima Oceanului îl lovise, din greşeală, uşor, cu o pernuță, pe Coral.)
Coralul: Surprins.
T: Şi cum ai interpretat?
Coralul: A fost accidental.
Inima Oceanului: Am fost la el şi am încercat să-l împac, dar s-a uitat urât la mine.
Coralul: Eram uimit că n-ai înțeles că m-ai lovit. (Deficitul de comunicare cu mama; tipul pasiv, introvertit.)
Steluța de mare (amuzată): Păi era prea ocupată cu petrolul. Era prea ocupată să-ți facă bine (gelozia fraternă).
Inima Oceanului: Voiam să salvez pe toată lumea. Ce mai conta că sacrificam o viață, un ochi... (Sacrificiu asumat.)
T: Tu, Stâncă, ce ai gândit când vedeai că Inima Oceanului se agită să-i salveze pe ceilalți?
Stânca-balenă: Mă gândeam că se agită de pomană. (Rapoturile cu mama ale egocentricului - neîncredere, manipulare, suspiciune.)
Peştişorul: Nu înțelegeam de ce se agită. Eu ştiam că nu are ce să facă. Nici nu prea o percepeam ca o salvare; eu eram acolo, cu capul în nisip (adultul, separarea de mamă).
Coralul: Eu i-am şoptit ce să facă.
T: Ce trebuia să facă?
Coralul: Să se apuce de afaceri cu petrol (râsete). (Umorul paradoxal al contemplativului, observatorului)
O Parte a Oceanului: Şi pe mine m-a deranjat un pic atunci când am văzut că insistă. Am fost eu un pic receptivă, dar pe urmă mi-am zis că nu are rost. Chiar aşa, nu vezi că ne-a umplut pe toți, ne-a acoperit... (atitudinea de frustrare, în raport cu hiperprotecția maternă)
*Steluța de mare:(*râzând): Păi, voiai să fie frustrată după aceea că n-a făcut tot ce-i stătea în putință? Ea şi-a dat osteneala. A meritat, n-a meritat... (ironie, agresivitate față de mamă)
T: Cum a fost pentru voi când petrolul nu lăsa lumina, era întuneric, nu era aer?

Universitatea SPIRU HARET

Steluța de mare: Monotonie.
Peştişorul: Simțeam energia în mine. Aşteptam să se termine, să nu mai stau acolo, că nu mai puteam.
T: Dar, deşi aveai energie în tine...
Peştişorul: Da, era frustrant să stai şi să nu poți face nimic. Pe urmă, când a trecut pata de petrol şi simțeam soarele m-am întins, am respirat întâi ca să recuperez tot aerul... Pe urmă m-am simțit bine dar, v-am zis, nu mai era la fel.
Steluța de mare: Nu mai era la fel pentru tine. Ea a fost cea mai atinsă de petrol. Pe urmă a fost cea mai reținută.
Peştişorul: Dacă nu era petrol era altceva. Eu aşa mă aşteptam. Trebuia să fie ceva. Nu putea să fie bine şi veselie. Şi chiar nu înțelegeam de ce sunt atât de veseli şi de zglobii.
Steluța de mare: Ce rost au atâtea griji! Savurează clipa!
T: Tu, Parte a Oceanului, te-ai gândit că ar putea să se mai întâmple?
O Parte a Oceanului: Eu am simțit că efectele pericolului s-au concretizat tocmai în faptul că am fost mai uniți. (lecția de viață experiențială). Cred că în fiecare a rămas amintirea a ceea ce a fost şi veseli eram tocmai ca să ne bucurăm de momentele acelea, cât erau: de soare, de lumină.
Inima Oceanului: Nici eu nu am fost la fel de bucuroasă a doua oară, la fel de entuziasmată. Am fost şi supărată, pentru că, în primul rând, nimeni nu m-a ajutat cu absolut nimic, eu am făcut totul. Şi după aceea nimeni nu mi-a zis nimic. Adică eu am salvat pe toată lumea şi...
Peştişorul: Dacă erai Inima Oceanului era de datoria ta!
Inima Oceanului: Da, dar puteam să mă resemnez.
Peştişorul: De ce nu te-ai resemnat?
Inima Oceanului: Dacă m-aş fi resemnat, aş fi murit şi eu, şi voi. Dar nimeni nu mi-a mulțumit. (Mama negratificată.)
Coralul: Nu aveam voie să vorbim.
Inima Oceanului: Puteați să vă manifestați (râde), să cădeți în genunchi...
Steluța de mare: Dar te-am luat în cercul nostru.
T: Ce-ar fi trebuit să facă ei pentru ca tu să te simți bine?
Inima Oceanului: Nu ştiu. Am exagerat un pic. Dar fiecare când s-a ridicat s-a uitat în stânga şi în dreapta şi şi-a văzut de treaba lui. Bine, asta e... (acceptarea, integrarea separării de copii) Am avut un sentiment pe care l-am încercat de foarte multe ori, că mă lovesc de un perete. Încerc să fac ceva pentru ceilalți, poate nu neapărat pentru ceilalți, ci chiar pentru mine şi mă lovesc de un perete. Indiferent ce încercam eu să comunic, nu ajungea la receptor. Şi ăsta a fost un sentiment de inutilitate şi neputință - că nu puteam să dărâm zidul respectiv.

Universitatea SPIRU HARET

Deşi au fost părţi ale aceluiaşi ocean, elementele sale s-au dovedit a fi foarte diferite. Partea neprecizată a oceanului ne-a oferit imaginea unei persoane aflată în plină căutare şi încercare de conturare a propriei identităţi. Pesimismul şi aşteptările catastrofice au obosit-o, golind-o de resurse, astfel că după traversarea situaţiei a avut nevoie de ajutorul grupului pentru a ieşi din starea de amorţeală.

Peştişorul mic şi sclipitor s-a bucurat din plin de naştere, de lumină, de căldură, de viaţă, iar apoi a parcurs o adevărată experienţă iniţiatică (întâlnirea cu un obstacol major, întoarcerea la resursele primare). Deşi a apelat la comportamentul obişnuit, de dependenţă de un ajutor exterior, a conştientizat în final inerenţa apariţiei unor noi dificultăţi (pericole) şi necesitatea găsirii unor soluţii mai bune. El a parcurs drumul adultului, iar strategiile lui de a face faţă au fost de tip activ, adaptativ, flexibil; optimist puternic.

Stânca-Balenă oferă imaginea lipsei de unitate a celui care se află prins între două polarităţi şi nu se poate mişca între ele pe un continuum. A avut prilejul să-şi descopere unele vulnerabilităţi pe care le converteşte însă într-un plus de sensibilitate mascat apoi sub învelişul inexpugnabil al stâncii.

Coralul şi-a trăit din plin nemişcarea. A fost element static, contemplativ, nonimplicat. El şi-a considerat această poziţie privilegiată şi, subînţeles, superior situată, în contradicţie cu impresia creată celorlalţi care au simţit nevoia să-l ajute, să-l activeze.

Inima Oceanului a fost cea care s-a suprarresponsabilizat, autosituându-se într-un plan superior şi luând asupra sa grija salvării celorlalţi (arhetip matern) şi datoria rezolvării oricărei probleme apărute. Modul ei particular de a face faţă situaţiei ne-a sugerat o teamă de a trăi experienţa unei situaţii limită. Totodată, comentariile ei ulterioare par să indice o nevoie de control şi tendinţa către dominanţă, dificultăţi de comunicare, precum şi o serie de conflicte interioare care sunt mascate prin proiecţia asupra altora atât a problemei, cât şi a nevoii de ajutor.

Steluţa de mare a fost cea care s-a detaşat de situaţie şi a putut astfel să-i vadă părţile amuzante. În acelaşi timp, nu şi-a permis să trăiască în profunzimile sale această experienţă şi a evitat discuţia centrată pe propriile trăiri. În schimb s-a dovedit a fi un fin observator şi a fost cea care a formulat concluzia finală: „Cred că a fost o experienţă. S-a mai adăugat ceva la experienţa noastră şi fiecare a rămas cu ceva. Am dat o semnificaţie mai mare vieţii. Altă pată de petrol, alt sens. Percepem altfel viaţa."

Universitatea SPIRU HARET

ELASTICUL DINTRE *NU POT* ŞI *NU VREAU* - FALSIFICAREA IMAGINII DE SINE: AUTOCONSTRÂNGERI, AUTOMATISME

Instructajul terapeutic utilizat într-un alt grup de dezvoltare personală a fost: „*Un membru al grupului va ieşi afară din sală. Ceilalţi vor alege pe cineva dintre ei. Persoana care a ieşit afară, odată intrată în cameră, va trebui să identifice acel participant al grupului ales în lipsa ei, utilizând întrebări pe bază de analogii. De exemplu: dacă persoana aleasă ar fi un anotimp, ce anotimp ar fi; dacă ar fi o culoare, ce culoare ar fi, dar dacă ar fi un copac etc.?* ”

Lucrându-se cu această tehnică bazată pe analogie, la un moment dat, o membră a grupului, Emilia, a avut surpriza să constate că felul în care era caracterizată de către ceilalţi participanţi („ochi semiînchis, cu pleoapa lăsată, prin care fulgeră privirea”, „soare cu dinţi”, „senzaţie de pişcătură”) se suprapunea autodescrierii pe care ea şi-o făcuse în prima şedinţă (când s-a caracterizat ea însăşi ca fiind o „scorpiuţă”). Emilia a mărturisit că aşa este ea „percepută de cei care nu o cunosc bine”, spunând, în plus, că este o fire pesimistă, căreia nu-i iese nimic, sau dacă îi reuşeşte ceva, acest lucru se datorează întâmplării, pentru că „mă aştept întotdeauna să nu-mi iasă lucrurile”. Reacţia grupului la cele spuse de Emilia a fost promptă: „Bine, dar nu depinde şi de tine să rezolvi măcar anumite lucruri?” Răspunsul Emiliei a fost vehement: „Nu. Eu nu pot şi nici nu-mi iese ceea ce-mi propun.” În manieră behavioristă, am putea comenta convingerea Emiliei - „Mie nimic nu-mi iese. Întotdeauna mă aştept să nu-mi iasă lucrurile” - ca fiind învăţată în urma unor experienţe anterioare care i-au întărit patternul anticipativ (negativ) de eşec. Acest model comportamental a fost foarte bine intuit de o membră a grupului, Corina, reprezentat simbolic şi apoi pus în scenă sub forma unui „elastic” care îl leagă pe nu pot de nu-mi iese (nu vreau).

(1) IDENTIFICAREA CONVINGERILOR AUTOCONSTRICTIVE

În acest moment al şedinţei, Emilia are un prim *insight* şi sesizează faptul că situaţia respectivă constituie un cerc vicios din care nu va putea ieşi niciodată dacă nu face ceva, dacă nu intervine activ. Drept urmare, această conştientizare o împinge către acţiune: încearcă să scoată elasticul (joc pantomimic), de care nu se debarasează încă. Este un lucru familiar, sigur, al ei, care o securizează prin faptul că îl cunoaşte şi de aceea îl păstrează.

Universitatea SPIRU HARET

(2) LUCRUL CU AUTOCONSTRÂNGEREA

Emilia (dezorientată): Nu ştiu unde să-l pun.

Terapeutul: Încearcă să vezi ce poţi face cu el.

Emilia (după un moment de gândire): Cred că am să-l pun într-o cutiuţă sigilată.

(3) GRUPUL CA FACTOR TERAPEUTIC SPONTAN

De remarcat a fost implicarea deosebită a grupului în problema Emiliei (oferire de soluţii, încurajări verbale şi gestuale, nerăbdare şi chiar presiune pozitivă în direcţia rezolvării eficiente a impasului).

Corina: Emilia, ce-ar fi să-i schimbi pe *nu pot* şi *nu vreau* în *pot* şi *vreau*?

Reacţia Emiliei a fost, firesc, de rezistenţă la schimbare în termenii propuşi de ceilalţi.

Emilia: Nu sunt ai mei (*pot* şi *vreau*). Îi păstrez pe *nu pot* şi *nu vreau.* Ei sunt ai mei şi pe ei îi cunosc bine.

Marina: Uite, atunci îţi ofer un cadou: pe *pot* şi pe *vreau*.

Marina nuanţează aceeaşi idee a transformării, pe care o prezintă sub forma unei oferte mai puţin constrângătoare, în încercarea de a reduce defensele Emiliei.

Emilia: Nu-i merit (amestec de surpriză, încântare, alături de şovăială, închidere, retragere).

(4) JOCUL SIMBOLIC

Emilia nu era încă pregătită pentru o schimbare bruscă, mai ales dacă schimbarea e „impusă" din afară. În acest moment, o altă membră a grupului îl propune Emiliei o delimitare simbolică a teritoriului personal în care se află *nu pot* şi *nu vreau* care, debarasaţi de elastic, erau extrem de agitaţi, scăpaţi de sub control. Ea a răspuns micşorându-şi spaţiul propriu, considerând că astfel „îi poate stăpâni mai bine". Prima reacţie la schimbare este cea de repliere şi retragere, mergând până la renunţarea la posibilitatea de mişcare, de iniţiativă. Este vorba aşadar de declanşarea unui mecanism de apărare.

(5) LUCRUL CU DEPENDENŢA AFECTIVĂ DE VECHILE CONVINGERI

T: Simte-te cât poţi tu de bine în acest spaţiu creat de tine. Fă ce vrei cu *nu pot* şi *nu vreau*.

Emilia îi ia în braţe pe cei doi care se sprijină de ea şi devin tot mai neastâmpăraţi. Deprinderile încep să fie „zguduite".

Universitatea SPIRU HARET

T: Emilia, cum te simți acum? Cum îți simți picioarele? Spatele? Mâinile?

Emilia: Mă simt din ce în ce mai nesigură. Picioarele îmi sunt fragile, îmi devin instabile. Încep să obosesc să stau în picioare. (Se clatină. Va urma un „declic" emoțional şi o autoconştientizare.)

T: Fă ceva ca să rezolvi această problemă.

Emilia: Păi atunci îi bat pe *nu pot* şi *nu vreau* şi am să-i potolesc. (Decizie, declanşarea reacției de „luptă".)

T: Bate-i cât poți tu de tare. (Emilia o face.) Bate-i de zece, de douăzeci de ori şi vezi ce se întâmplă cu ei. (Am aplicat tehnica amplificării. Emilia observă mirată, apoi furioasă, că soluția ei n-a funcționat.)

Emilia: Am nevoie de reîncărcare. (Slăbeşte strânsoarea, pentru ca, în cele din urmă, să le dea drumul celor doi). Le dau drumul puțin ca să mă odihnesc, apoi îi iau iar în brațe, îi strâng, iar le dau drumul ş.a.m.d.

(6) DIFICULTATEA RENUNȚĂRII LA FALSELE REPERE

T: Faci asta de douăzeci de ori. Ce se întâmplă?

Emilia: Devine cam monoton. Mă plictisesc. (Urmează o nouă intervenție din partea grupului.)

Ana: Când tu te odihneşti odată şi dormi, eu vin şi ți-i fur pe nu pot şi nu vreau. Ce vei face acum? Uite, ți i-am furat!

Emilia (perplexă, apoi indignată): Nu se poate una ca asta! Erau ai mei! Îi cunoşteam aşa de bine! Mă simt cam singură fără ei.

Pe fondul lipsei de securitate şi al creşterii receptivității la sugestii din afară, Marina revine şi-i oferă Emiliei din nou „elasticul" (pe *pot* şi *vreau*). Emilia nu acceptă încă acest cadou (soluție).

Emilia: Nu pot să mă schimb pentru că ziceți voi că aşa e mai bine. Pot şi vreau îmi sunt total necunoscuți şi nu am încredere în ei pentru că sunt mincinoşi. (Este puțin iritată de insistența grupului de a o ajuta. Posibilă proiecție a vechilor obiecte introiectate.).

T: Atunci dă-i afară din spațiul tău.

(7) SPARGEREA VECHILOR TIPARE

Emilia: Acum mă simt singură. Sunt în căutare. Trebuie să iau o decizie. Îi caut pe *nu pot* şi *nu vreau*, care mi-au fost furați, pentru că îi cunosc. (Inerția reperelor cognitiv-afective negative fixate). Iar dacă nu-i voi găsi, o să-i iau pe *pot* şi *vreau*, care mi-au fost oferiți, deci au devenit oarecum ai mei.

Acesta este momentul în care Emilia acceptă noua situație creată şi se implică în rezolvarea ei fără să mai apeleze la vechile modele

Universitatea SPIRU HARET

comportamentale. Totuşi, este în continuare dezorientată şi nesigură pentru că a rămas fără nici un punct de sprijin.

T: Emilia, până să te hotărăşti tu, *pot* şi *vreau* te aşteaptă. Nu uita însă că tu mai ai ceva al tău, familiar, care te-a însoţit în această experienţă. Vezi că ai pus bine o cutiuţă sigilată. Uită-te în ea. Cere-i sfatul.

Emilia: Ah, elasticul! (I se adresează prin tehnica jocului de rol.) Ce pot să fac acum?

Elasticul: De ce ai adormit? Altfel nu ţi-i fura nimeni pe *nu pot* şi *nu vreau* (ton agresiv, revendicativ, plin de reproş).

Emilia: Dar tu de ce te-ai lăsat scos?

Andra: Emilia, dar tu ai fost cea care l-a scos pe Elastic!

(Emilia este surprinsă.)

Elasticul: Într-adevăr, tu m-ai scos, n-am ieşit eu singur! (Această afirmaţie marchează asumarea răspunderii autorestructurării în plan simbolic.)

T: Cum te simţi tu ca elastic aflat acolo în cutiuţă, când mai primeşti şi reproşuri în plus?

Elasticul: Mă simt neglijat. Emilia, m-ai lăsat aici să stau atât, ai uitat de mine, puteam să mor în timpul ăsta!

Emilia (pe un ton din ce în ce mai iritat, mai nemulţumit): Dar nici tu nu m-ai ajutat când am avut nevoie. (Se întoarce brusc spre grup.) Trebuie să vă spun ceva: am realizat că Elasticul o făcea pe şeful cu mine, dar el, de fapt, nu este deloc şef. Dacă ar fi şef, n-ar sta în cutiuţă ca un prost. (Faţa Emiliei devine din ce în ce mai radioasă, mai satisfăcută. În acest moment se produce un ultim *insight*.) De fapt, ştiţi ceva? Şeful sunt eu!!!

Ce parte din Emilia a reprezentat „Elasticul" în scenariul spontan creat în cursul acestei şedinţe? Putem vorbi de o pasivitate însuşită şi întărită în timp? Nu cumva porneşte de la constatarea că eşecul se poate justifica mai comod atunci când, neimplicându-te, responsabilitatea pentru nereuşită nu-ţi mai aparţine? Nu cumva stereotipiile comportamentale sunt foarte des puse în acţiune tocmai pentru că oferă sentimentul siguranţei prin familiaritatea lor? Oare efectele în timp ale utilizării repetate a automatismelor nu sunt lipsa de iniţiativă, incapacitatea de control şi de adaptare flexibilă la situaţii, diminuarea încrederii în forţele proprii şi falsificarea imaginii de sine în sensul subaprecierii personale? Aşadar, avem sau nu avem nevoie fiecare de un „Elastic"?

Universitatea SPIRU HARET

ÎNTREBĂRI PENTRU CURSANȚI

1. *Explicați principalele diferențe între psihoterapia de grup şi psihoterapia individuală, din punct de vedere metodologic, al modului de abordare al problematicii psihice şi al recomandărilor.*

2. *Enumerați şi argumentați care sunt, în opinia dumneavoastră, avantajele şi dezavantajele terapiei de grup în comparație cu abordarea individuală.*

3. Argumentați necesitatea utilizării abordărilor de cuplu şi familiale în psihoterapie.

4. *Descrieți relația terapeut-coterapeut în cadrul echipei terapeutice care lucrează cu grupuri, familii sau cupluri.*

5. *Argumentați dacă, în opinia dumneavoastră, modelul de lucru rogersian (grup de întâlnire) şi cel al lui Perls (grup de gestaltterapie) s-ar putea combina în activitatea de conducere a unui grup psihoterapeutic.*

BIBLIOGRAFIE

1. Atkinson Rita, Atkinson Richard, Smith Edward, Bem Daryl, Nolen-Hoeksema Susan, *Hilgard's Introduction to Psychology,* Harcourt Brace College Publishers, USA, 1996.

2. Holdevici Irina, *Elemente de psihoterapie*, Editura All, Bucureşti, 1996.

3. Holdevici Irina, *Gândirea pozitivă. Ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă şi cognitiv-comportamentală*, Editura Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti, 1999.

4. Ionescu Gheorghe, *Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie,* Editura Asklepios, Bucureşti, 1995.

5. Mitrofan Iolanda (Coord), *Psihoterapia experienţială,* Editura Infomedica, Bucureşti, 1997.

6. Mitrofan Iolanda (Coord), *Orientarea experienţială în psihoterapie. Dezvoltare personală, interpersonală şi transpersonală*, Editura SPER, Bucureşti, 2000.

7. „Revista de psihoterapie experienţială română", editată de SPER.

Universitatea SPIRU HARET

BIBLIOGRAFIE GENERALĂ

Atkinson, Rita; Atkinson, Richard; Smith, Edward; Bem, Daryl; Nolen-Hoeksema, Susan, *Hilgard's Introduction to Psychology,* Harcourt Brace College Publishers, USA, 1996.

Berne, Eric, *Analyse transactionelle et psychothérapie,* Payot, Paris, 1971/1977.

Berne, Eric, *Games people play,* Penguin Books, 1964.

Boria, Giovani, *Psihodramma clasica,* Ed. Franco Angeli, Milano, 1996.

Corey, G, *Case Approach to Counseling and Psychotherapy (3-rd Ed)*, Wadsworth Inc., Belmont, California, 1991.

Dafinoiu, I., *Sugestie şi hipnoză,* Editura Ştiinţifică şi Tehnică, 1996.

David, Dan; Holdevici, Irina; Szamosközi, Ştefan; Băban, Adriana, *Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală,* Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2000.

Doron, Roland; Parot, Françoise, *Dicţionar de psihologie*, Editura Humanitas, Bucureşti, 1999.

Frankl, Viktor, *Man's Search for Meaning*, Pocket Books, New York, 1963.

Freud, Sigmund, *Opere,* Editura Trei, Bucureşti, 1999-2002.

Harris, Thomas, *I'm O.K., you're O.K.,* Harper Row Publisher, 1969.

Holdevici, Irina, *Autosugestie şi relaxare,* Editura Ceres, Bucureşti, 1995.

Holdevici, Irina, *Elemente de psihoterapie*, Editura All, Bucureşti, 1996.

Holdevici, Irina, *Gândirea pozitivă. Ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă şi cognitiv-comportamentală*, Editura Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti, 1999.

Holdevici, Irina, *Hipnoza clinică,* Editura Ceres, Bucureşti, 2001.

Holdevici, Irina, *Sugestiologie şi psihoterapie sugestivă,* Editura Victor, Bucureşti, 1995.

Holdevici, Irina; Ion, Andreea; Ion, Bogdan, *Noua hipnoză ericksoniană,* Editura I.N.I., Bucureşti, 1997.

Holdevici, Irina; Vasilescu, Ilie, *Psihoterapia. Tratament fără medicamente,* Editura Ceres, Bucureşti, 1993.

Ionescu, Angela, *Psihoterapia existenţială*, Editura SPER, Bucureşti, 2001.

Ionescu, Gheorghe, *Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie,* Editura Asklepios, Bucureşti, 1995.

Jennings, Sue; Cattanach, Ann; Mitchell, Steve; Chesner, Anna; Meldrum, Brenda, *The handbook of dramatherapy,* Routledge, London and New York, 1994.

Universitatea SPIRU HARET

Jung, Carl Gustav, *Amintiri, vise, reflecţii consemnate şi editate de Aniela Jaffé,* Editura Humanitas, Bucureşti, 1996.

Jung, Carl Gustav, *Personalitate şi transfer,* Editura Teora, Bucureşti, 1996.

Jung, Carl Gustav, *Psihologie şi alchimie,* Editura Teora, Bucureşti, 1996.

Jung, Carl Gustav, *Tipuri psihologice,* Editura Humanitas, Bucureşti, 1997.

Liebert, Robert; Spiegler, Michael, *Personality, Strategies and Issues,* Pacific Grove, California, 1995.

Minulescu, Mihaela, *Introducere în analiza jungiană,* Editura Trei, Bucureşti, 2001.

Mitrofan, Iolanda (Coord), *Psihoterapia experienţială,* Editura Infomedica, Bucureşti, 1997.

Mitrofan, Iolanda (Coord), *Orientarea experienţială în psihoterapie. Dezvoltare personală, Interpersonală şi Transpersonală*, Editura SPER, Bucureşti, 2000.

Mitrofan, Iolanda, *Meditaţii creative. Metaforă transfiguratoare şi conştiinţa extinsă,* Editura SPER, Bucureşti, 2001.

Mitrofan, Iolanda, Nuţă, Adrian, *Jocurile conştiinţei sau terapia unificării,* Editura SPER, Bucureşti, 1999.

Moreno, Jacob-Levy, *The essential Moreno. Writings of Psychodrama, Group Method, and Spontaneity,* Spinger Publishing Company, 1987.

Moreno, Jacob-Levy; Toeman, Zerka, *Psychodrama, Role Theory and Concept of the Social Atom. The Evolution of Psychotherapy,* Brunner/Mazel, New York, 1985.

Nathan, Tobie, *L'Influence qui guérit*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2001.

Nuţă, Adrian, *Inter-realitatea, psihoterapie şi spectacol dramatic,* Editura SPER, Bucuraşti, 2000.

Nuţă, Adrian, *Secrete şi jocuri psihologice. Analiză tranzacţională,* Editura SPER, Bucureşti, 2000

„Revista de psihoterapie experienţială română", editată de SPER

Rogers, Carl, *Client-Centered Therapy. Its current practice, implications and theory,* Costable London, Reprinted 1965, 1973, 1979, 1981, 1986, 1987.

Roudinesco, Élisabeth; Plon Michel, *Dicţionar de psihanaliză,* Editura TREI, Bucureşti, 2002.

St. Clair, Michael, *Object Relations and Self Psychology. An Introduction.,* Brooks / Cole Publishing Company, USA, 1996.

Stevens, John (Ed), *Gestalt is,* Moab U.T. Real People Press, 1975.

Van Deurzen-Smith, Emmy, *Existential Counseling in Practice*, London, Newbeury Park, Beverly Hills, 1998.

Yalom, Irvin, *Existential Psychotherapy*, New York, Basic Books, 1980.

Yalom, Irvin, The Theory and Practice of Group Psychotherapy, New York, Basic Books, 1995.